NOUVEAUX DOSSIERS CLINIQUES POUR L'ENC

50 DOSSIERS CLASSIQUES + 10 DOSSIERS TRANSVERSAUX

DERMATOLOGIE

VIOLAINE MISSELYN-GUBLER - PHILIPPE BAHADORAN



VG
Editions
Vernazobres-Grego

Collection

LES NOUVEAUX DOSSIERS CLINIQUES 2004 «50 + 10»

DERMATOLOGIE

Violaine MISSELYN-GUBLER - Philippe BAHADORAN

EDITIONS VERNAZOBRES-GREGO
99, BD DE L'HOPITAL - 75013 PARIS
Tél : 01 44 24 13 61

ISBN 2-84136-438-0

TABLE DES MATIERES

DOSSIERS CLASSIQUES

DOSSIERS TRANSVERSAUX

HLM = Hématies

- fiche résumé sur les dermocorticoïdes

SOMMAIRE

DOSSIERS CLASSIQUES

DOSSIERS TRANSVERSAUX

DOSSIERS CLASSIQUES

INTERnat-MEDecine



Ouvrage de référence

+ un atlas couleurs de 120 photos d'une précision chirurgicale

conforme aux objectifs de l'ENC

VG
Editions Vernazobres-Grego

DOSSIER 1

Esther, adolescente de 14 ans, a constaté que depuis 1 an la peau de son visage est grasse, luisante, avec des pores cutanés dilatés. Depuis quelques mois, il est apparu sur le visage des lésions cutanées qui la gènent esthétiquement (voir photos ci-dessous).



Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Argumentez.

Question 2 : Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer devant des lésions pustuleuses du visage ? Quel argument clinique permet ici d'écarter formellement ces diagnostics ?

Question 3 : Quels sont les trois facteurs physiopathologiques principaux de l'acné ?

Question 4 : Quels sont les principes de votre traitement (sans les posologies) ?

Question 5 : Si la patiente désire une contraception, que lui conseillez-vous ?

La patiente revient vous voir 7 mois plus tard. Elle a arrêté le traitement au bout d'un mois et les lésions se sont nettement aggravées. Elle présente, en plus des lésions déjà décrites, des nodules dermo-hypodermiques profonds inflammatoires du visage et du dos. L'état général est conservé. Certaines lésions présentent des brides rétractiles.

Question 6 : Quel est votre diagnostic (sans justifier) ?

Question 7 : Quel est alors votre traitement (sans les posologies) ?

Question 8 : Quel bilan pré-thérapeutique biologique ce traitement nécessite-t-il ?

Question 9 : Quelle mesure associée essentielle ce traitement nécessite-t-il ?

Question 10 : Quelle surveillance biologique ce traitement nécessite-t-il ?

REPONSES DOSSIER ACNE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Argumentez. (14)

- **ACNE** (2) **POLYMORPHE JUVENILE** (2) ou ACNE VULGAIRE
- Arguments :
  - Terrain : **adolescente de 14 ans (2)**
  - Débute par une **séborrhée du visage (2)** donnant un aspect luisant avec **dilatation des pores cutanés (2)**
  - Sur ce fond séborrhéique, apparition de **lésions polymorphes (1):**
    → rétentionnelles : **microkystes (1)** et **comédons (1)** ouverts
    → inflammatoires superficielles : **papulo-pustules (1)**

Question 2 : Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer devant des lésions pustuleuses du visage ? Quel argument clinique permet ici d'écarter formellement ces diagnostics ? (9)

- Les diagnostics différentiels à évoquer :
  - **Rosacée (2)** [phase d'état (phase 3) papules et pustules, mais pas de comédons et commence plutôt vers 30 ans]
  - **Dermite faciale aux corticoïdes (2)**
  - **Folliculites infectieuses (2)** ou périfolliculite
  - Syphilides acnéiformes
- L'argument clinique : présence de la lésion élémentaire d'acné : le **COMEDON (3)** ++

Question 3 : Quels sont les trois facteurs physiopathologiques principaux de l'acné ? (6)

- **HYPERSEBORRHEE** (2)
- **HYPERKERATOSE** (2) du canal pilo-sébacé
- **PROPIONIBACTERIUM ACNES** (2)

Question 4 : Quels sont les principes de votre traitement (sans les posologies) ? (7)

- Traitement **local (1)** et ambulatoire
- Traitement des lésions rétentionnelles
  - **Trétinoïne** (2) (synonyme : vitamine A acide) topique
  - Prévenir du risque d'irritation cutanée, conseiller en cas d'irritation mal supportée :
    → une crème hydratante
    → si c'est insuffisant, un espacement des applications de trétinoïne
- Traitement des lésions inflammatoires
  - **Peroxyde de benzoyle topique** (2) avec les mêmes précautions que pour la trétinoïne ou Erythromycine topique
- **Prescription pour 3 mois** (2) en expliquant que c'est la durée requise habituellement pour obtenir un résultat satisfaisant.

Question 5 : Si la patiente désire une contraception, que lui conseillez-vous ? (5)

- **Pilule œstroprogestative** (3) associant :
  - Un œstrogène de synthèse pour son action anti-androgénique : ethenyl estradiol
  - Un **progestatif dépourvu d'action androgénique** (1): acétate de cyprotérone ou norgestimate
- Exemple : DIANE 35®
- **En l'absence de contre-indication** (1), recherchée par bilan pré-contraception

Question 6 : Quel est votre diagnostic (sans justifier) ? (10)

- **ACNE CONGLOBATA (10)**

Question 7 : Quel est alors votre traitement (sans les posologies) ? **(10)**

- Traitement par voie générale
- **Isotrétinoïne : ROACCUTANE®** (10) ou CURACNE®

Question 8 : Quel bilan pré-thérapeutique biologique ce traitement nécessité-t-il ? (11)

- Test de grossesse **(5 PMZ),** sérique qualitatif = β-HCG, dans les 3 jours précédents le début du traitement
- Dosage du **cholestérol (2)**
- Dosage des **triglycérides (2)**
- Dosage des **transaminases (2)** : ASAT, ALAT

Question 9 : Quelle mesure associée essentielle ce traitement nécessite-t-il ? (14)

CONTRACEPTION ORALE EFFICACE (7) à commencer 1 mois avant le début du traitement

A poursuivre 1 mois après l'arrêt du traitement. (7)

Question 10 : Quelle surveillance biologique ce traitement nécessite-t-il ? (14)

- **Test de grossesse sérique qualitatif** (6) : β-HCG : **tous les mois et 5 semaines après l'arrêt du traitement (2)**
- **Dosage cholestérol (2), triglycérides (2),** transaminases **(2)** : après 1 mois de traitement, à renouveler seulement si ce premier contrôle montre une anomalie, ou si on augmente ultérieurement la posologie.

DOSSIER 2

Vous recevez en consultation une jeune femme de 29 ans qui se plaint d'épisodes de rougeur du visage avec sensation de chaleur. Après les crises, la peau du visage redevient normale.

La patiente a remarqué que ces « flushes » sont déclenchés par les changements de température, l'absorption de boissons chaudes ou d'alcool.

Vous posez le diagnostic de rosacée débutante.

Question 1 : Quel facteur physiopathologique incrimine-t-on à l'origine de la rosacée ?

Question 2 : La patiente vous demande quelles peuvent-être les autres manifestations cliniques de la maladie : citez les différents stades de la rosacée.

Question 3 : Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer aux différents stades de la rosacée ?

Question 4 : Quelle est l'évolution de la rosacée ?

Question 5 : Quels sont les traitements possibles ?

REPONSES DOSSIER ROSACEE

Question 1 : Quel facteur physiopathologique incrimine-t-on à l'origine de la rosacée ? **(10)**

Une **anomalie primitive (5)** de la **vascularisation faciale (5)**.

NB *: La rosacée touche le plus souvent des sujets à peau claire et aux yeux clairs, principalement originaire du nord de l'Europe. Elle est rare sur peau foncée. Elle débute après l'âge de l'acné, vers 25 à 30 ans et le pic de fréquence se situe après 45 ans. Il existe une nette prédominance féminine.*

Question 2 : La patiente vous demande quelles peuvent être les autres manifestations cliniques de la maladie : citez les stades de la rosacée **(28)**

- STADE 1 DES **BOUFFEES VASOMOTRICES OU STADE DES FLUSHES (7)**
- STADE 2 **ERYTHEMATO-TELANGIECTASIQUE** (7)
- STADE 3 DES **PAPULO-PUSTULES** (7)
- STADE 4 DU **RHINOPHYMA** OU STADE DE L'ELEPHANTIASIS FACIAL (7)

Question 3 : Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer aux différents stades de la rosacée ? **(15)**

- Stade 1 : autres causes de flushes : **médicaments (2), syndromes carcinoïdes (2)**
- Stade 2 : autres causes d'érythème facial : **polyglobulie (2), syndrome de Cushing (2), lupus érythémateux (2), dermatite séborrhéique (2)**
- Stade 3 : autres causes d'éruption papulo-pustuleuse du visage : **acné (2), dermatite rosacéiforme des dermocorticoïdes (1)**
- Stade 4 : 0 alcoolisme

Question 4 : Quelle est l'évolution de la rosacée ? **(25)**

- Evolution **CHRONIQUE (10)**
- Les **flushes disparaissent** (5) progressivement pour laisser place aux autres lésions
- Les lésions **érythémato-télangiectasiques sont permanentes** (5)
- Les lésions **papulo-pustuleuses évoluent par poussées** (5), parfois entrecoupées de rémissions spontanées.

mais ont tendance à disparaître avec l'âge

Question 5 : Quels sont les traitements possibles ? (22)

- Flushes : aucun traitement efficace, **éviter les facteurs déclenchants** (4)
- Lésions érythémato-télangiectasiques : **LASER** (7) vasculaire ou électrocoagulation
- Lésions papulo-pustuleuses :
  - Formes mineures : **metronidazole** *0,75%* (4) topique*, 1 à 2 applications par jour pdt 3 mois*
  - Formes diffuses : doxycycline per os +/- metronidazole topique *100 mg/jour, le soir pdt le repas, pdt 3 mois (agit sur signes oculaires)*
- Rhinophyma : **chirurgie** ou **laser** CO_2 (7)

DOSSIER 3

Un patient de 30 ans vient vous voir en consultation dermatologique pour une dermatose médio-faciale (voir photo ci-dessous). Il s'y associe un « eczéma » des conduits auditifs externes. Ces lésions ne sont pas prurigineuses. Elles évoluent par poussées avec amélioration l'été au soleil et aggravation en hiver, en particulier au moment de stress. L'examen clinique note, outre les lésions faciales, l'existence d'une plaque érythémato-squameuse sternale médiane.



Question 1 : Quel est votre diagnostic dermatologique ?

Question 2 : Argumentez.

Question 3 : Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer de principe ?

Question 4 : Quel traitement instaurez-vous ?

Question 5 : Quelle pathologie sous-jacente doit éventuellement être recherchée dans cette affection ? Dans quelles circonstances ?

REPONSES DOSSIER DERMATITE SEBORRHEIQUE

Question 1 : Quel est votre diagnostic dermatologique ? (16)

- **DERMATITE (8) SEBORRHEIQUE (8)**

Question 2 : Argumentez. (22)

- Aspect clinique : **plaques (3) érythémato-squameuses (3) mal limitées (3)**, avec petites **squames (3)** grasses non adhérentes
- Topographie caractéristique : **zones séborrhéiques du visage (5)** +++ (lisière du cuir chevelu, sourcils et région inter-sourcillière, sillons naso-géniens, régions pré-auriculaires, conduits auditifs externes) et **région médio-thoracique (5)**.

Question 3 : Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer de principe ? (12)

- Visage : **rosacée (2), psoriasis (2), lupus érythémateux (2)**
- Cuir chevelu : **psoriasis (2), teignes (2)**
- Tronc : **herpès circiné (2)**

Question 4 : Quel traitement instaurez-vous ? (22)

- Le traitement de choix ici est le **Kétoconazole (Kétoderm®) (10)** sous forme de **gel moussant (6)** car il permet de traiter en même temps toutes les localisations
- Autres possibilités : Kétoconazole crème (Kétoderm®), ciclopiroxolamine crème (Mycoster®), gluconate de lithium gel (Lithioderm®)
- En cas de d'**inflammation importante**, on pourra commencer par un traitement **dermocorticoïde (6)** classe III ou II pendant quelques jours.

Question 5 : Quelle pathologie doit éventuellement être rechercher dans cette affection ? Dans quelles circonstances ? (28)

- Infection par le **VIH (15)**
- A rechercher en cas de **forme profuse** (4) et/ou **résistant au traitement** (4)
- Avec accord du patient (**5 PMZ**).

DOSSIER 4

Un homme de 60 ans vient consulter en dermatologie car depuis plus de 20 ans, il présente une atteinte des ongles des pieds (voir photo ci-dessous).

A l'examen, il n'y a pas de périoxyxis. Vous notez la présence d'un intertrigo interdigital au niveau des 3[ème] et 4[ème] espaces des deux cotés. Le patient a déjà suivi correctement des traitements antifongiques locaux mais la guérison n'a jamais été obtenue.



Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous concernant l'atteinte unguéale ?
Question 2 : Quel est le principal diagnostic différentiel ?
Question 3 : Quels examens complémentaires réalisez-vous pour l'atteinte unguéale ?
Question 4 : Comment expliquez-vous l'échec des traitements antérieurs ?
Question 5 : Quel traitement proposez-vous pour l'atteinte unguéale ?
Question 6 : Quel traitement proposez-vous pour l'intertrigo ?

REPONSES DOSSIER ONYCHOMYCOSE A DERMATOPHYTES

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous concernant l'atteinte unguéale ? **(15)**

ONYCHOMYCOSE (10) à **dermatophytes (5)**

Question 2 : Quel est le principal diagnostic différentiel ? (15)

PSORIASIS UNGUEAL (15)

Question 3 : Quels examens complémentaires réalisez-vous pour l'atteinte unguéale ? **(20)**

- **PRELEVEMENT MYCOLOGIQUE** (8) +++ qui doit être réalisé dans de bonnes conditions :
  - L'utilisation d'une pince à ongles est indispensable pour découper l'ongle pathogène jusqu'à la jonction ongle malade-sain (zone ou se situe le champignon vivant)
  - Envoi des squames prélevées avec une curette de Brocq à un laboratoire pour **EXAMEN DIRECT** (4) et **MISES EN CULTURE** (4) (résultat de la culture obtenu en 3 semaines)
  - **Absence de traitement antifongique préalable** (4) (dans le cas contraire, arrêt du traitement antifongique de 2 mois est indispensable avant le prélèvement sous peine d'une culture négative alors que le patient ne sera pas guéri).

Question 4 : Comment expliquez-vous l'échec des traitements antérieurs ? **(14)**

- Atteinte proximale c'est-à-dire de la **matrice de l'ongle** (10)
- **Inaccessible aux antifongiques locaux** (4)

Question 5 : Quel traitement proposez-vous pour l'atteinte unguéale ? (25)

- **Traitement antifongique** (10) par voie orale efficace
  - Terbinafine (LAMISIL®)
  - 1 cp. à 250 mg/j
  - **Pendant 6 mois** (5)
- **Meulage des ongles atteints** (10)

Question 6 : Quel traitement proposez-vous pour l'intertrigo ? (11)

Aucun (6), car intertrigo probablement **dermatophytique (5)** (à confirmer par prélèvement mycologique) qui sera traité par le traitement antifongique oral prescrit pour l'onychomycose.

DOSSIER 5

Marion, âgée de 8 ans est hospitalisée pour bilan d'une dermatose chronique. Elle n'a pas d'antécédent personnel particulier. La dermatose évolue par poussées depuis l'âge de 6 mois. La maladie était plus ou moins contrôlée jusqu'à l'âge de 7 ans quand ses parents ont divorcé. Sa mère a alors noté une réapparition des poussées. L'aspect des lésions semble toujours le même : plaques mal limitées érythémateuses puis vésiculeuses avec suintement évoluant vers la croutellisation du visage, du cou, des mains, des pieds et des creux poplités, puis la guérison. Le prurit était toujours important.

A l'examen, l'enfant présente des lésions érythémateuses et squameuses. Sur les pieds, on note un suintement louche se concrétisant en une dizaine de croûtes jaunâtres avec adénopathie satellite inguinale homolatérale. La peau est par endroit épaissie et pigmentée avec formation d'un quadrillage grossier.

Les résultats des examens complémentaires sont :

- NFS : GB = 6 800 dont PN = 60 %, P Baso = 0, P Eo = 15 %
- Prélèvements bactériologiques des pieds : nombreuses colonies de staphylocoques dorés, quelques streptocoques A bêta hémolytiques
- Ig E totales à 800 UI/ml (normale inférieure à 100).

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ?

Question 2 : Sur quels arguments ?

Question 3 : Par quel terme désigne-t-on l'aspect quadrillé décrit ? Quelle est sa signification ?

Question 4 : Quels sont les éléments essentiels manquant à l'interrogatoire ?

Question 5 : Quel traitement local mettez-vous en place ?

Question 6 : Quel est votre traitement général ?

Question 7 : Quelles sont les complications de cette affection ?

Question 8 : Quels conseils donnez-vous aux parents ?

Question 9 : Un diététicien propose un régime alimentaire riche en acide gamma-linolénique. Qu'en pensez-vous ?

Question 10 : Cette enfant a-t-elle plus de risques de présenter ultérieurement des sensibilisations de contact ?

REPONSES DOSSIER DERMATITE ATOPIQUE

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? (15)

- **DERMATITE ATOPIQUE (10) IMPETIGINISEE (5)**

Question 2 : Sur quels arguments ? (22)

- En faveur de la dermatite atopique :
  - Terrain : début à l'**âge de 6 mois (2)**
  - **Antécédents de poussées** (2) identiques
  - **Facteur psychologique déclenchant** (2) (divorce)
  - Clinique : plaques **érythémato-vésiculeuses** (2), **prurit** (2,5), **topographie caractéristique** (2)
  - Paraclinique : **hyper éosinophilie** (2), augmentation des Ig E totales
- En faveur d'une impétiginisation :
  - Clinique : suintement louche, **croûtes mellifications** (2,5), **adénopathie satellite** (2,5)
  - Paraclinique : prélèvements bactériologiques **positifs à staphylocoques** et **streptocoques** (2,5).

Question 3 : Par quel terme désigne-t-on l'aspect quadrillé décrit ? Quelle est sa signification ? (14)

- **LICHENIFICATION** (10)
- Signe de prurit chronique : la **peau s'épaississant par le grattage** (4).

Question 4 : Quels sont les éléments essentiels manquant à l'interrogatoire ? (12)

- Recherche d'un **terrain atopique** (4)
  - Antécédents personnels : asthme, rhinite, conjonctivite, allergique de contact, allergie alimentaire, allergie médicamenteuse
  - Antécédents familiaux
- **Traitement effectués** (2) pour la dermatite atopique, en particulier consommation de **dermocorticoïdes** (2) +++
- **Mode de vie** (4) : habitudes alimentaires et hygiéniques, animaux domestiques.

Question 5 : Quel traitement local mettez-vous en place ? (**10**)

- Traitement de l'impétigo : **Acide fusidique** (**2**) (FUCIDINE® pommade) 2 applications/jour.
- Traitement de la D. A. :
  - **Désinfection** (**2**) avec solution aqueuse antiseptique (en période de surinfection) ex. : Trichlocarban (SEPTIVON®)
  - Si suintement, assécher avec solution aqueuse de Nitrate d'argent à 1 %
  - **DERMOCORTICOIDES (DC)** (2) :
    - → uniquotidien au début puis espacement progressif
    - → sur le visage **DC de classe 4 (1)**
    - → sur le corps **DC de classe 3 (1)**
  - **HYDRATANT** (2) +++ pour lutter contre la sécheresse cutanée (CERAT FRAIS DE GALIEN®)

Question 6 : Quel est votre traitement général ? (**6**)

- Traitement de l'impétigo : **Antibiothérapie (2)** per **os active sur le staphylocoque et le streptocoque** (2), ex. : Pénicilline M Oxacilline (Bristopen®) ou Synergistine Pristinamycine (Pyostacine®) ou Macrolides Josamycine (Josacine®).
- Traitement de la D. A. : antihistaminiques : **anti-H1 ex.** (**2**) : Loratadine (CLARITYNE®) ou Cetirizine (ZYRTEC®) pendant quelques jours pour diminuer le prurit / Primalan / Atarax

à partir de l'âge de 2 ans

oui chez la femme enceinte dans les 2 derniers mois de grossesse

méquitazine / seule autorisée avant 2 ans mais pas chez la ♀ enceinte

polaramine : autorisée les 2 premiers mois de grossesse

Question 7 : Quelles sont les complications de cette affection ? (**9**)

- Infectieuses : **surinfection cutanée bactérienne (2)** (impétigo ++), virale (**pustulose varioliforme de Kaposi-Juliusberg** (2), molluscum contagiosum), fongique (dermatophyte)
- **Erythrodermie (2)**
- Retentissement général : absentéisme scolaire, **retentissement psychologique (3)**

Question 8 : Quels conseils donnez-vous aux parents ? (11)

- **Couper les ongles court** (2)
- Eviter les textiles irritants (laine, synthétique) à même la peau, mettre des sous-vêtements en coton
- Laver le linge au savon de Marseille, éviter les assouplissants
- Chauffage modéré et **humidification de l'air dans le logement** (2)
- **Eviter tout contact avec un sujet atteint d'herpès (3 PMZ)**
- Calendrier vaccinal normal (sauf B.C.G. contre-indiqué pendant les poussées)
- **Prévention des aéro-allergènes** (2)
- Pas de régime alimentaire particulier en dehors d'une allergie documentée
- **Education et soutien psychologique, pour les enfants et les parents (2)**

Question 9 : Un diététicien propose un régime alimentaire riche en acide gamma-linolénique. Qu'en pensez-vous ? (6)

- Il s'agit d'un acide gras essentiel polyinsaturé qui joue un **rôle biologique important dans l'hydratation cutanée (2)**
- Plusieurs essais cliniques n'ont pas montré d'efficacité dans la dermatite atopique
- **Pas d'indication médicale** (4) à suivre ce régime.

Question 10 : Cette enfant a-t-elle plus de risques de présenter ultérieurement des sensibilisations de contact ? (5)

OUI car terrain atopique **(5)**.

DOSSIER 6

Paul, 6 ans, est amené par sa mère aux urgences pédiatriques pour altération de l'état général franche avec température à 40 degrés. Dans les antécédents de ce jeune patient, on retrouve une dermatite atopique (dont la dernière poussée remonte il y a une semaine et traitée par dermocorticoïdes et antiseptiques locaux).

A l'examen, on constate une fièvre à 40 degrés, avec frissons, vomissements et anorexie. Sur le visage et dans les plis de flexion, on note la présence de vésiculo-bulles hémorragiques ou à contenu trouble. Sur la muqueuse buccale, il existe des ulcérations douloureuses, regroupées en bouquets, à bordures polycycliques.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez.

Question 2 : Que recherchez-vous à l'interrogatoire qui pourrait vous conforter dans votre hypothèse diagnostique ?

Question 3 : Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Question 4 : Quel est votre traitement ?

Question 5 : Comment aurait-on pu éviter cet incident ?

REPONSES DOSSIER SYNDROME DE KAPOSI JULIUSBERG

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez. (21)

PUSTULOSE VARIOLIFORME DE KAPOSI-JULIUSBERG (10) devant :

- Terrain : enfant de 6 ans atteint d'une **dermatite atopique** (4)
- Clinique : présence de vésicules et de **bulles hémorragiques du visage (3)** et des plis de flexion, **altération de l'état général** (2), présence de lésions évocatrices d'herpès au niveau de la muqueuse buccale : **érosions polycycliques douloureuses en bouquet (2).**

Question 2 : Que recherchez-vous à l'interrogatoire qui pourrait vous conforter dans votre hypothèse diagnostique ? (15)

- **Contact avec un sujet herpétique (15)**

Question 3 : Quels examens complémentaires demandez-vous ? (27)

- Confirmation du diagnostic : **prélèvement cutané (5) avec cyto-diagnostic** (2), **immunofluorescence directe** (2), **culture virale** (2)
- Eliminer une méningite : **ponction lombaire** (8) avec étude biochimique, cytologique, **bactériologique** (2) et **virologique** (2) (PCR, culture virale) du LCR
- Bilan général : NFS plaquettes, hémostase, **groupe Rh RAI** (2), CRP, ionogramme sanguin, fonction rénale : urée/créatinine et urinaire, **radio du thorax** (2).

Question 4 : Quel est votre traitement ? (32)

- **HOSPITALISATION en URGENCE** (4) en pédiatrie après accord parental. PRONOSTIC VITAL EN JEU +++
- Mise en condition : voie veineuse périphérique, arrêt de l'alimentation orale
- Traitement étiologique anti-viral par :
  - **Acyclovir Zovirax® (10)** 10 mg/kg toutes les 8 heures en IV
- Traitement symptomatique : **antibiothérapie anti-staphylococcique (10)** par oxacilline Bristopen® 100 mg/kg/j en IV, antalgiques
- **Soins locaux antiseptiques** (4)
- **Surveillance** (4) clinique et biologique

Question 5 : Comment aurait-on pu éviter cet incident ? (5)

EDUCATION DES PARENTS (5) +++ : pas de contact avec un sujet herpétique.

DOSSIER 7

Un jeune homme de 23 ans, qui revient de vacances en Espagne, vous consulte pour une ulcération de la verge évoluant depuis deux semaines (voir photo ci-dessous).

A la palpation, cette ulcération n'est pas indurée mais elle est douloureuse.



Il existe associées deux adénopathies inflammatoires inguinales gauches. Le patient est par ailleurs apyrétique et le reste de l'examen est normal. On retrouve à l'interrogatoire un rapport sexuel non protégé avec une prostituée 3 jours avant l'apparition des lésions génitales.

Question 1 : Quel est le diagnostic le plus probable ?

Question 2 : Quel est le germe responsable de cette affection ? Comment le mettez-vous en évidence ?

Question 3 : Citez les autres diagnostics à évoquer systématiquement devant une ulcération génitale ?

Question 4 : Quel bilan demandez-vous ?

Question 5 : Quel traitement mettez-vous en œuvre, votre hypothèse diagnostique se confirmant ?

Question 6 : Quelles autres mesures conseillez-vous ?

REPONSES DOSSIER CHANCRE MOU

Question 1 : Quel est le diagnostic le plus probable ? (8)

CHANCRE MOU (8) devant :

- La notion de contage sexuel
- Le délai d'apparition compatible avec l'incubation courte de 1 à 4 jours du chancre mou
- L'aspect clinique de l'ulcération douloureux, non induré, à fond sale et à bords irréguliers
- La présence d'adénopathies inflammatoires unilatérales.

Question 2 : Quel est le germe responsable de cette affection ? Comment le mettez-vous en évidence ? **(20)**

- HAEMOPHILUS DUCREYI **(10)**, bacille gram négatif en chainette.
- **Prélèvement bactériologique** (4) de l'ulcération +/- ponction d'un ganglion, avec **examen direct (2)** après **coloration MGG (2)** et **mise en culture** (2) difficile nécessitant des milieux spéciaux.

Question 3 : Citez les autres diagnostics à évoquer systématiquement devant une ulcération génitale ? **(19)**

- **Traumatismes (2)**
- Infections : **syphilis (4), primoinfection à VIH** (3), HSV, maladie de Nicolas Favre, donovanose
- **Aphtose (3), maladie de Behçet (2)**
- Cancer = **Epithélioma spinocellulaire** (3) = érythroplasie de Queyrat (chancre spinocellulaire)
- Dermatose bulleuse : **pemphigus (2)**
- Hémopathies, immunosupresseurs.

Question 4 : Quel bilan demandez-vous ? (23)

Recherche d'**autres MST (8 PMZ)**

- **Prélèvement de l'ulcération** (3) (à la recherche de tréponèmes)
- **Prélèvement uréthral** (3) (à la recherche de gonocoques, chlamydia)
- Sérologies : **VIH (3)** avec **accord du patient (2 PMZ), TPHA-VDRL (2), hépatite B (2).**

Question 5 : Quel traitement mettez-vous en œuvre, votre hypothèse diagnostique se confirmant ? (13)

- **Antibiothérapie** (3) active sur Haemophilus Ducreyi, par voie orale, macrolides, **azithromycine (Zythromax®) (7), 1 g en dose unique.**
- **Soins antiseptiques locaux** (3).

Question 6 : Quelles autres mesures conseillez-vous ? (17)

- **Abstinence sexuelle ou rapports protégés (8)** jusqu'à gérison
- Recherche et **traitement des sujets-contact (4)**
- **Contrôler les sérologies à distance (5)** du contage.

DOSSIER 8

La petite Margaux, âgée de 6 ans est amenée aux urgences pédiatriques pour prurit de la nuque. A l'examen, elle présente de nombreuses croûtes jaunâtres dans le cuir chevelu, la nuque et le haut du dos qui la démangent très fortement. Vous retrouvez à l'examen des adénopathies cervicales nombreuses, douloureuses à la palpation. Il n'y a pas de fièvre. Les cheveux sont un peu collés, notamment par des particules grisâtres. Vous ne retrouvez rien d'autre sur la peau. Dans ses antécédents, on retrouve la notion d'un asthme traité par Ventoline à la demande.

Question 1 : Quel (s) est (sont) votre (vos) diagnostic (s) ? Sur quels arguments ?

Question 2 : Quel (s) examen (s) complémentaire (s) allez-vous prescrire pour confirmer votre hypothèse ?

Question 3 : Quel traitement proposez-vous à Margaux ? Recommandez-vous de traiter systématiquement son entourage ?

Question 4 : Une forme galénique est tout à fait inopportune à proposer. Laquelle ?

Question 5 : Quelle (s) mesure (s) prenez-vous en dehors du traitement ?

Question 6 : Si la pédiculose persiste, comment pouvez-vous l'expliquer ?

REPONSES DOSSIER PEDICULOSE

Question 1 : Quel (s) est (sont) votre (vos) diagnostic (s) ? Sur quels arguments ? **(40)**

PEDICULOSE (10) du cuir chevel[redacted] **(10)**

- En faveur de la pédiculose :
  - Terrain : petite **fille de 6 ans (3) scolarisée (3)**
  - **Prurit (4)**
  - Topographie : **nuque (2)**
  - **Présences de lentes (2)**: particules grisâtres qui ne coulissent pas le long du cheveu à la différence des pellicules
- En faveur de l'impétigo :
  - **Croûtes jaunâtres (3)** du cuir chevelu
  - **Adénopathies cervicales (3)** douloureuses.

N.B. : il ne peut pas s'agir ici de teignes car il n'y a pas d'alopécie +++.

Question 2 : Quel (s) examen (s) complémentaire (s) allez-vous prescrire pour confirmer votre hypothèse ? **(5)**

- **AUCUN EXAMEN (5)** COMPLEMENTAIRE CAR LE DIAGNOSTIC DE PEDICULOSE EST CLINIQUE.

Question 3 : Quel traitement proposez-vous à Margaux ? Recommandez-vous de traiter systématiquement son entourage ? **(18)**

- Traitement de la pédiculose : **MALATHION Prioderm®** **(4)** lotion une application uniqu[redacted]**Décontamination parasitaire des vêtements (3)** (bonnet, foulard...), peigne et de la literie. Peigner les cheveux avec un peigne fin trempé dans de l'eau vinaigrée pour enlever les lentes résistantes au traitement.
- Traitement de l'impétigo : **Pristinamycine Pyostacine® (4)** per os 50 mg/kg/j pendant 7 j avec traitement **local par Fucidine® crème (3)**. Examen de l'entourage proche.
- [redacted], pas de traitement systématique pour l'entourage, seulement en cas d'atteinte clinique.

Question 4 : Une forme galénique est tout à fait inopportune à proposer. Laquelle ? (8)

La forme en **spray (5)** car patiente **asthmatique (3)**.

Question 5 : Quelle (s) mesure (s) prenez-vous en dehors du traitement ? **(18)**

- Pour l'impétigo :
  - **Eviction scolaire** (4) jusqu'à guérison de l'impétigo
  - **Examen de l'entourage** (3)
  - Mesures hygiéniques : linge personnel à changer fréquemment, **couper les ongles courts (2), lavage des mains fréquents (2)**
  - [redacted].
- Pour la pédiculose :
  - **Décontamination parasitaire des vêtements** (3), des peignes et brosses à cheveux ainsi que la **literie** (2)
  - Examen de l'entourage

Question 6 : Si la pédiculose persiste, comment pouvez-vous l'expliquer ? **(11)**

- **Traitement mal réalisé** (4) car mal expliqué
- **Réinfestation** (3)
- Echec du traitement par :
  - Utilisation d'un produit [redacted]
  - Utilisation d'une **galénique inapropriée** (2) (shampooing, poudre)
  - [redacted](2) au produit utilisé

DOSSIER 9

Céline, fillette de 12 ans, sans antécédents particuliers est adressée par son médecin traitant pour une hyperthermie associée à une éruption cutanée des membres inférieurs (voir photo ci-dessous) et arthralgies des 2 chevilles. Parallèlement, elle se plaint de douleurs abdominales sans rapport avec les repas. Ses selles sont normales. Les lésions cutanées ne s'effacent à la vitropression. Il n'y a pas d'atteinte muqueuse.



Elle a un frère de 6 ans qui a un eczéma atopique.

Question 1 : Quel nom porte l'atteinte cutanée des membres inférieurs ? Justifiez.

Question 2 : Quel est le diagnostic le plus probable de cette affection ?

Question 3 : Quel élément de l'interrogatoire faut-il préciser pour le diagnostic étiologique de cette affection ?

Question 4 : Quel examen complémentaire effectuez-vous pour le diagnostic dans cette observation ? Que montre-t-il typiquement ?

Question 5 : Quelle complication recherchez-vous ? Quels examens complémentaires prescrivez-vous en première intention pour rechercher cette complication ?

Question 6 : Le bilan réalisé à la question 5 est normal : quel est votre traitement de première intention ? Un traitement par corticoïdes systémiques est-il nécessaire ?

REPONSES DOSSIER PURPURA RHUMATOIDE

Question 1 : Quel nom porte l'atteinte cutanée des membres inférieurs ? Justifiez. (2)

PURPURA (5) VASCULAIRE (5)

- Purpura : lésion cutanée rouge **ne s'effaçant pas à la vitropression** (4)
- Vasculaire : **polymorphe** (2) (pétéchial et maculo-papuleux), **déclive** (2), **sans atteinte muqueuse** (2).

Question 2 : Quel est le diagnostic le plus probable de cette affection ? (15)

PURPURA RHUMATOIDE (15) devant :

- Terrain : fillette de 12 ans
- Purpura vasculaire
- Atteintes extra-cutanées : articulaires (arthralgies des grosses articulations : poignets) et digestive (douleurs abdominales avec transit normal).

Question 3 : Quel élément de l'interrogatoire faut-il préciser pour le diagnostic étiologique de cette affection ? (10)

Existence d'un **EPISODE INFECTIEUX dans les 15 jours précédents (10)**.

Question 4 : Quel examen complémentaire effectuez-vous pour le diagnostic dans cette observation ? Que montre-t-il typiquement ? (17)

- **BIOPSIE d'une lésion purpurique** (5) récente qui montrera à l'examen **histologique** (2) une **VASCULARITE LEUCOCYTOCLASIQUE** (4) des vaisseaux de petit calibre (infiltrat dans la paroi des vaisseaux de polynucléaires neutrophiles) et en **immunofluorescence** (2) direct des **DEPOTS D'IgA** (4) dans la paroi des vaisseaux dermiques.

Question 5 : Quelle complication recherchez-vous ? Quels examens complémentaires prescrivez-vous en première intention pour rechercher cette complication ? **(22)**

- **ATTEINTE RENALE (10)**
- A rechercher par :
  - **Bandelette urinaire (3)** (dépistage) : protéinurie, hématurie, leucocyturie
  - **Protéinurie des 24 heures (3)**
  - HLM (synomyme : compte d'Addis) et **ECBU (3)** : hématurie, leucocyturie
  - Fonction rénale : **urée et créatininémie (3)**.

Question 6 : Le bilan réalisé à la question 5 est normal : quel est votre traitement de première intention ? Un traitement par corticoïdes systémique est-il nécessaire ? (16)

- **HOSPITALISATION** (4) en pédiatrie après **accord parental** (3)
- **Repos strict au lit** (3)
- Traitement symptomatique : **antalgiques** (3), AINS
- **Surveillance** (3) : bandelette urinaire ++
- Pas d'indications à une corticothérapie générale dans ce cas.

DOSSIER 10

Un homme de 50 ans, d'origine polonaise, consulte pour des lésions cutanées survenues il y a une dizaine de jours et accompagnées d'un prurit féroce. Ce patient habite dans un foyer de travailleurs. A l'examen, on retrouve un homme fatigué par un prurit intense et insomniant avec une fébricule à 38,5 degrés. On note des lésions eczématiformes de la face antérieure du tronc (prédominant autour de l'ombilic), des avants-bras, des poignets et de la face interne des cuisses. Au niveau d'un espace interdigital, on observe une discrète lésion cutanée (voir photo ci-dessous). Au niveau de la face interne de la cuisse droite, il existe des lésions excoriées et croûteuses avec une importante réaction inflammatoire locale et une adénopathie inguinale droite de 1, 5 cm de diamètre. Au niveau du gland, on note 3 lésions papuleuses érythémateuses prurigineuses. Le cou, le visage et le cuir chevelu sont indemnes.



Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ?

Question 2 : Que vous évoque les lésions de l'espace interdigital et du gland ? Sont-elles contagieuses ?

Question 3 : Quel est l'agent pathogène ? Quel examen prescrivez-vous pour le mettre en évidence ? Quelle anomalie biologique pouvez-vous trouver au niveau sanguin ?

Question 4 : Comment interpréter les lésions de la face interne de la cuisse droite ? Quel traitement entreprenez-vous pour ces dernières ?

Question 5 : Vous décidez d'hospitaliser le patient et d'effectuer un traitement par voie locale. Quelles en sont les modalités ?

Question 6 : Quelles sont les autres mesures à prendre pour le patient ?

Question 7 : Quels sont les diagnostics à évoquer si le prurit persiste ?

Question 8 : Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous vis-à-vis des autres habitants du foyer sachant que plusieurs cas de prurit vous ont été signalés suite à l'hospitalisation de votre patient (sans les posologies) ?

REPONSES DOSSIER GALE

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Sur quels arguments ? (26)

GALE (4) **IMPETIGINISEE** (4) devant :

- En faveur de la gale :
  - Le terrain : homme immigré, habitant dans un **foyer de travailleurs** (2)
  - Le **prurit** (3) +++ nocturne et insomniant
  - La **topographie évocatrice** (2) +++ : face antérieure du tronc, ombilic +++, poignets
  - Lésions spécifiques : **sillons (2), nodules scabieux (2)**
- En faveur de l'impétigo :
  - **Fébricule à 38,5** (3) ; lésions excoriées et **croûteuses** (2) de la cuisse droite ; **adénopathie inguinale droite** (2).

Question 2 : Que vous évoque les lésions de l'espace interdigital et du gland ? Sont-elles contagieuses ? (12)

- Espace interdigital : **sillon** (3) renfermant un sarcopte donc **contagieux** (3).
- Gland : **nodule scabieux** (3) qui est une réaction immunoallergique donc **non contagieuse** (3).

Question 3 : Quel est l'agent pathogène ? Quel examen prescrivez-vous pour le mettre en évidence ? Quelle anomalie biologique pouvez-vous trouver au niveau sanguin ? (15)

- **SARCOPTES SCABEI HOMINIS** (5)
- **Prélèvement parasitologique** au vaccinostyle (3) d'une lésion spécifique (sillon ou vésicule perlée) guidé par le **test à l'encre de Chine** (2), suivi d'un examen **direct au microscope** (2) à la recherche du parasite.
- **HYPEREOSINOPHILIE** (3)
- Augmentation des IgE

Question 4 : Comment interpréter les lésions de la face interne de la cuisse droite ? Quel traitement entreprenez-vous pour ces dernières ? (10)

- **Impétiginisation (6)** Strepto et/ou Staph
- Traitement par **antibiothérapie générale** (2) ex. : pristinamycine Pyostacine® 2g/j pendant 7 jours et (sous 10 jours pour certains)
- Traitement local par **antiseptique** (2).

Question 5 : Vous décidez d'hospitaliser le patient et d'effectuer un traitement par voie locale. Quelles en sont les modalités ? (17)

- Traitement antiparasitaire par **Ascabiol® (3)**
  - A J1 : bain chaud et **savonnage de tout le corps** (2) puis rinçage abondant. Appliquer sur la peau encore humide à l'aide d'un pinceau ou d'un gant 2 couches à 10 minutes d'intervalle de lotion d'Ascabiol en insistant sur les zones de prédilection et en **épargnant la tête** (2). Mettre des vêtements propres et **garder le produit 24 h** (2) sans toilette, en remettant du produit sur les mains après lavage de celles-ci.
  - A J2, même traitement et **changer draps et vêtements** (2).
  - **A J3** (2), bain et changer une dernière fois de vêtements et draps.
- **Traitement des sujets contacts** (4 PMZ) +++ +++

Question 6 : Quelles sont les autres mesures à prendre pour le patient ? (6)

Désinfection du linge (4) (draps, vêtements) utilisés depuis 8 jours et pendant le traitement : lavage à 60° puis repassage au fer chaud, sinon désinfection avec **poudre A-par®** (2) pendant 48 heures dans un sac plastique hermétique.

Question 7 : Quels sont les diagnostics à évoquer si le prurit persiste ? (10)

- **Mauvaise observance** (2)
- **Réinfestation** (2)
- **Irritation par le traitement** (2)
- **Erreur diagnostic** (2) : autres causes de prurit (lymphome, cholestase)
- **Origine psychogène** (2) : parasitophobie

***Question 8 : Quelle attitude thérapeutique adoptez-vous vis-à-vis des autres habitants du foyer sachant que plusieurs cas de prurit vous ont été signalés suite à l'hospitalisation de votre patient (sans les posologies) ?* (4)**

- Traitement systématique de **tous les habitants** du **foyer (2)** par **Ivermectine (Stromectol®)** (2)per os.
- Désinfection du linge selon les mêmes modalités que la question 6.

DOSSIER 11

Un homme de 40 ans, fumeur, est hospitalisé pour une pneumopathie à pneumocoques. Il n'a pas d'antécédents particuliers. Quelques minutes après une 1ère perfusion intraveineuse de 2 millions d'unités de pénicilline G, le patient ressent une sensation de malaise intense avec pâleur extrême, sueurs et prurit généralisé. La tachycardie est importante, la tension artérielle imprenable, il existe des marbrures aux genoux. Très rapidement, le patient perd connaissance et une éruption généralisée prurigineuse apparaît (voir photo ci-dessous).



Question 1 : Quel est votre diagnostic concernant l'éruption cutanée ?

Question 2 : Quel est le diagnostic hautement probable de l'étiologie de ce choc ?

Question 3 : Dans ce contexte, quelle autre étiologie peut-être évoquée ?

Question 4 : Citez deux autres catégories de produits fréquemment en cause dans cette pathologie ?

Question 5 : Quels éléments du tableau vous permettent, chez ce patient, de retenir l'étiologie de la question 1 avec une forte présomption ?

Question 6 : Quelle thérapeutique administrez-vous en urgence ?

Question 7 : Quel est le principal médiateur responsable de ces effets observés ? Décrivez brièvement le mécanisme qui conduit à sa libération.

Question 8 : Quelle (s) mesure (s) prophylactique (s) proposez-vous afin d'éviter la survenue ultérieure d'un accident analogue ?

Question 9 : Une fois le choc corrigé, quelles alternatives proposez-vous pour l'antibiothérapie (sans posologie) ?

REPONSES DOSSIER CHOC ANAPHYLACTIQUE

Question 1 : Quel est votre diagnostic concernant l'éruption cutanée ? **(15)**

- **URTICAIRE (10) marginée (5)**
  - Urticaire : lésions érythémateuses, œdémateuses, à contours nets, prurigineuses
  - Marginée : anneaux avec centre plus pâle

Question 2 : Quel est le diagnostic hautement probable de l'étiologie de ce choc ? **(10)**

CHOC ANAPHYLACTIQUE (6) provoqué par la **pénicilline G (4)**.

Question 3 : Dans ce contexte, quelle autre étiologie peut-être évoquée ? **(10)**

CHOC SEPTIQUE (6) à **pneumocoque (4)**.

Question 4 : Citez deux autres catégories de produits fréquemment en cause dans cette pathologie ? **(9)**

- Produits anesthésiques : **curares (5)** ++
- Produits de **contraste iodés (4)**.

Question 5 : Quels éléments du tableau vous permettent, chez ce patient, de retenir l'étiologie de la question 1 avec une forte présomption ? **(12)**

- **Médicament connu (4)** pour son risque d'allergie
- Chronologie : survenue **quelques minutes après injection (4)** par voie parentérale
- Signes cliniques d'allergie : **prurit, urticaire généralisée (4).**

Question 6 : Quelle thérapeutique administrez-vous en urgence ? (9)

- EN **URGENCE** (**4 PMZ**) +++++, injection d'**ADRENALINE 0,25 à 0,5 mg en IV** (**5**) (puisque le patient est déjà perfusé).

Question 7 : Quel est le principal médiateur responsable de ces effets observés ? Décrivez brièvement le mécanisme qui conduit à sa libération. (15)

- L'**HISTAMINE** (**7**) est le principal médiateur
- Il s'agit d'une réaction d'**hypersensibilité de type 1** (**2**) de la classification de Gell et Coombs. La pénétration dans l'organisme de l'antigène (ici Pénicilline) conduit à une reconnaissance de ce dernier par les Ig E spécifiques. Par la suite, les complexes pénicilline-Ig E se fixent sur les **mastocytes** (**2**) et les **polynucléaires basophiles** (**2**) des muqueuses entraînant la libération de l'histamine. L'histamine est responsable d'une **vasodilatation généralisée** (**2**) intense et de l'œdème.

Question 8 : Quelle (s) mesure (s) prophylactique (s) proposez-vous afin d'éviter la survenue ultérieure d'un accident analogue ? (12)

- **PORT D'UNE CARTE** (**3**) mentionnant l'allergie à la pénicilline G
- **Eviter toute prescription de pénicilline G ainsi que A, V et M** (**3**) : remettre une liste des produits concernés au patient
- **Avertir l'entourage** ainsi que les **médecins** (**3**) du patient
- Connaître les signes prémonitoires, **avoir à la maison une ampoule d'adrénaline auto-injectable** (**Anahelp®**) (**3**) à injecter en SC dès les premiers signes et consulter en urgence à l'hôpital.

***N.B.** : risque de réactions croisées avec les céphalosporines évalué à 5 %.*

Question 9 : Une fois le choc corrigé, quelles alternatives proposez-vous pour l'antibiothérapie (sans posologie) ? (8)

- Macrolides (**4**)
- Fluoroquinolone (**4**) active sur le pneumocoque par exemple levofloxacine
- Télithromycine

***N.B.** : d'après les recommandations de l'AFSSAPS en 2003.*

DOSSIER 12

Un homme âgé de 45 ans vous consulte pour une dermatose évoluant depuis plus de 6 mois. Il ne présente pas d'antécédent particulier. Il ne prend pas de traitement. Le patient décrit des lésions labiles et très prurigineuses.

A l'examen, on retrouve des papules rosées, œdémateuses, fermes et prurigineuses prédominant sur le tronc et le visage. Chaque lésion dure quelques heures et les poussées surviennent une à deux fois par semaine sans horaire particulier.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ?

Question 2 : Quels sont les deux principaux médiateurs impliqués dans cette pathologie ?

Question 3 : Que recherchez-vous à l'interrogatoire pour préciser l'étiologie ?

Question 4 : Quels tests effectuez-vous pour éliminer une origine physique à cette dermatose ?

Question 5 : Quel bilan paraclinique demandez-vous ?

Question 6 : Quels sont les deux accidents qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital du patient ?

REPONSES DOSSIER URTICAIRE CHRONIQUE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? **(16)**

URTICAIRE (10) CHRONIQUE (6) :

- Apparition de PAPULES, MOBILES et FUGACES (d'une durée habituellement inférieure à 24 heures) et PRURIGINEUSES.
- L'urticaire est chronique lorsque l'éruption persiste PLUS DE 6 SEMAINES.

Question 2 : Quels sont les deux principaux médiateurs impliqués dans cette pathologie ? **(14)**

- **Histamine (7)**
- **Acétylcholine (7)**

Question 3 : Que recherchez-vous à l'interrogatoire pour préciser l'étiologie ? **(18)**

- **Prises médicamenteuses (3)**
- **Habitudes alimentaires (3)**
- Facteurs **physiques (3)**
- Notion d'urticaire de **contact (3)** (latex notamment) et les professions exposées
- Signes de **dysthyroïdie (3)**
- Signes d'**ulcère gastro-duodénal (3).**

Question 4 : Quels tests effectuez-vous pour éliminer une origine physique à cette dermatose ? **(12)**

- Dermographisme par **grattage avec une pointe mousse (3)** sur un trajet d'environ 10 cm : mise en évidence de lésions linéaires reproduites par le grattage
- Urticaire retardé à la pression par **test avec poids sur les épaules pendant 30 minutes (3)** : apparition entre 3 et 12 h après pression des plaques d'urticaire
- Urticaire au froid : par **application d'un glaçon (3)** sur l'avant-bras dans un sac en plastique pendant 20 minutes
- Urticaire cholinergique par **test d'effort (3)**.

Question 5 : Quel bilan paraclinique demandez-vous ? (20)

D'après les recommandations de l'ANAES (conférence de consensus du 8 janvier 2003) :

- Si le patient présente une **urticaire chronique banale isolée (5)** sans signes cliniques d'orientation étiologique : **AUCUN examen complémentaire systématique d'emblée**. En première intention, prescription d'un antihistaminique (anti-H1) pendant 4 à 6 semaines. Après cette période de traitement initial et seulement pour les patients considérés comme **résistants à ce traitement**, bilan minimal à effectuer : **NFS** (2), **VS** (2), **CRP** (2), **Anticorps antithyroperoxydase** (2) (et en cas de positivité, dosage de la TSH).
- **Si le patient présente des signes cliniques suggérant une orientation étiologique** : certains examens seront réalisés d'emblée en fonction des orientations diagnostiques suggérées par les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique :
  - **Urticaire au froid : Cryoglobulinémie** (2), Cryofibrinogénémie, Immunoglobuline monoclonale, Agglutinines froides.
  - Urticaire solaire : **Phototests standarisés (1)**
  - Angio-œdèmes chroniques ou récidivants isolés, sans lésion superficielle : rechercher un **déficit en inhibiteur de la C1 estérase** (1). Angio-œdème chronique localisé de la face inexpliqué (absence de prise d'IEC, Aspirine ou AINS) : **PANORAMIQUE DENTAIRE** (1), SCANNER DES SINUS.
  - **Urticaire « atypique »** (1) (urticaire fixe, peu prurigineuse) ou association à d'autres signes cutanés (livédo, nodules, purpura ...) : **BIOPSIE CUTANEE**.
  - Dysthyroïdie : si hypothyroïdie → **TSH** (1), Ac anti-thyroglobuline, Ac anti-thyroperoxydase ; si hyperthyroïdie → TSH, Ac anti-récepteur de la TSH.

PRISE EN CHARGE DE L'URTICAIRE CHRONIQUE

Devant une urticaire chronique : quel bilan paraclinique minimal faut-il effectuer ?
Chez quels malades faut-il faire un bilan plus complet et lequel ?

ENTRÉE DE L'ALGORITHME

Interrogatoire et examen clinique cherchant des éléments évocateurs d'une maladie associée ou d'une forme particulière d'UC (UC physique, angio-œdème, lésions fixes, etc.)

Pas de bilan paraclinique

Bilan paraclinique proposé par le jury pour chaque situation

Angio œdème — Angio œdème facial — Bilan stomatologique et ORL

Urticaire au froid — Cryolg Cryofibrinogène EPP/IEPS agglutinines froides

Urticaire solaire — Phototests

Urticaire de contact — Pricktests

Autres urticaires physiques — Pas d'examens paracliniques

Signes extra-cutanés — Examens paracliniques en fonction de l'orientation clinique

Signes cutanés non UC : nodules, purpura... Lésions fixes évoquant une vascularite — Histologie cutanée standard — Immunofluorescence cutanée directe selon orientation

Signes d'hypothyroïdie — TSH — Ac anti TG anti TPO

Signes d'hyperthyroïdie — TSH — Ac anti-RTSH/TRAK

Signes d'atteinte d'ulcère gastrique ou duodénal — Recherche d'*Helicobacter pylori*

Monothérapie antihistaminique anti-H1 de seconde génération pendant 4 à 8 semaines

AMÉLIORATION OU GUÉRISON DE L'UC

Pas de bilan paraclinique

RÉSISTANCE AU TRAITEMENT ANTI-H1

Bilan paraclinique proposé par le jury

NFS VS CRP

Ac anti-TPO — Si+ → TSH

REPRISE DE L'INTERROGATOIRE ET DE L'EXAMEN CLINIQUE À LA RECHERCHE DE SIGNES D'ORIENTATION

Abréviations et définitions : [illegible]

Question 6 : Quels sont les deux accidents qui peuvent mettre en jeu le pronostic vital du patient ? **(20)**

- **ŒDEME DE QUINCKE (10)**
- **CHOC ANAPHYLACTIQUE (10)**

DOSSIER 13

Une jeune femme de 28 ans, coiffeuse, consulte pour des lésions érythémato-vésiculeuses et suintantes récdivantes localisées aux mains. Elles sont prurigineuses et semblent s'atténuer pendant les vacances et les week-end.

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez.

Question 2 : Quelle est la physiopathologie de cette dermatose ?

Question 3 : Quel examen pouvez-vous demander pour confirmer votre diagnostic ?

Question 4 : Que montrerait une biopsie cutanée ?

Question 5 : Quel est le principal diagnostic différentiel ?

Question 6 : Quel est votre traitement ?

Question 7 : Cette pathologie peut-elle être reconnue comme maladie professionnelle indemnisable ? Dans l'affirmative, à quelles conditions ?

REPONSES DOSSIER ECZEMA DE CONTACT

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez. (27)

ECZEMA DE CONTACT (10) PROFESSIONNEL (5)

- Terrain : **profession exposée** (2) à des produits pouvant occasionner un eczéma de contact (shampoing)
- Clinique :
  - Lésions **prurigineuses** (2), **érythémato-vésiculeuses** (2), **suintantes** (2)
  - **Localisées aux mains** (2) (en contact avec les produits allergisants)
  - Caractère fluctuant des lésions augmentant avec le travail et **diminuant lors des périodes de repos (2).**

Question 2 : Quelle est la physiopathologie de cette dermatose ? (7)

- Réaction immunoallergique correspondant à une **hypersensibilité de type 4** (3) dans la classification de Gell et Coombs. Les **cellules de Langerhans reconnaissent l'allergène** (2) et transmettent l'information aux **lymphocytes T** (2) qui deviennent sensibilisés. La réaction allergique a lieu lors d'un nouveau contact avec l'allergène.

Question 3 : Quel examen pouvez-vous demander pour confirmer votre diagnostic ? (10)

- **TESTS EPICUTANES (10)**
  - Effectués à distance d'une poussée
  - Application dans le dos d'allergènes standards +/- d'allergènes suspectés
  - Lecture à 48-72 h : positif si reproduit l'eczéma.

Question 4 : Que montrerait une biopsie cutanée ? (8)

- Lésions épidermiques
  - **Spongiose** (4) : œdème dissociant les kératinocytes
  - **Exocytose** (4) : infiltrat mononucléé entre les kératinocytes
- Ce sont des signes d'eczéma non spécifiques d'une étiologie

Question 5 : Quel est le principal diagnostic différentiel ? (10)

DERMITE ORTHOERGIQUE (10) ou dermite irritative.

Question 6 : Quel est votre traitement ? (19)

- Traitement étiologique : **EVICTION DE L'ALLERGENE +++ (10 PMZ)**
- Traitement symptomatique :
  - **Antiseptique (3)** type Chlorexidine® (Septéal®) +/- application de nitrate d'argent à 0,5 % en solution aqueuse en cas de lésions suintantes
  - **Dermocorticoides de niveau 2 (3)** par exemple Diprosone® une application par jour sur les lésions jusqu'à disparition de celles-ci
- **Arrêt de travail** (3).

Question 7 : Cette pathologie peut-elle être reconnue comme maladie professionnelle indemnisable ? Dans l'affirmative, à quelles conditions ? (19)

- OUI (10)
- Conditions prévues dans le tableau 65 de la sécurité sociale
  - Désignation de la maladie : **lésions eczématiformes récidivant** après nouvelle exposition au risque ou **confirmée par un test épicutané positif (5)** au produit manipulé
  - Délai de prise en charge : **15 jours (4)**
  - Liste des principaux travaux susceptibles de provoquer cette maladie, mais dans ce cas, elle est seulement indicative.

DOSSIER 14

Une jeune femme de 28 ans, célibataire, nullipare, vous consulte pour une lésion génitale très douloureuse associée à des brûlures mictionnelles, une fébricule à 38 degrés et des adénopathies inguinales bilatérales. Il n'existe pas d'antécédents particuliers.

A l'examen, vous constatez de nombreuses petites érosions superficielles arrondies, cernées par un liseré rouge, reposant sur une base érythémateuse, à la face interne de la grande lèvre droite. Il existe une dysurie manifeste. Il s'agit du premier épisode de ce type.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez.

Question 2 : Quelle est la lésion élémentaire dans cette pathologie ?

Question 3 : De quels examens complémentaires disposez-vous pour confirmer ce diagnostic ?

Question 4 : Quel traitement mettez-vous en œuvre ?

Question 5 : Vous apprenez quelques jours plus tard que la patiente est enceinte (6 semaines d'aménorrhée). Quels sont les risques encourus par le fœtus ?

Question 6 : Que proposez-vous concernant l'accouchement si une récurrence est survenue trois jours avant ?

Question 7 : Son partenaire prétend n'avoir jamais eu cette maladie. Est-ce crédible ?

REPONSES DOSSIER HERPES GENITAL

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez. (2)

VULVO-VAGINITE (2) DUE A UNE **PRIMO-INFECTION HERPETIQUE** (2) A **HSV2** (2)

- En faveur de l'infection herpétique
  - Terrain : femme **jeune de 28 ans** (2), célibataire
  - Signes fonctionnels : **douleurs vulvaires** (2), **brûlure mictionnelles** (2), dysurie
  - Erosions sur fond érythémateux, **adénopathies satellites** (2) douloureuses
- En faveur de la primo-infection
  - Fébricule à 38 degrés
  - **Importance des signes fonctionnels** (2)

N.B. : la primoinfection buccale est asymptomatique dans 90 % des cas. La primoinfection génitale est symptomatique dans 90 % des cas avec excrétion virale asymptomatique.

Question 2 : Quelle est la lésion élémentaire dans cette pathologie ? (8)

La lésion élémentaire est la **VESICULE (8)**.

Question 3 : De quels examens complémentaires disposez-vous pour confirmer ce diagnostic ? (22)

- Prélèvements locaux :
  - **CYTODIAGNOSTIC DE TZANCK** (4) à la recherche de cellules ballonisées (effet cytopathogène)
  - **Immunofluorescence directe** (3) sur lame permettant le typage HSV 1 ou 2
  - **CULTURE VIRALE** (3) qui est la technique de référence +++
  - Recherche de **gonocoques, chlamydia, trichomonas et tréponème (3)**
- Prélèvements généraux :
  - **Sérologies herpétiques** (2) à la recherche d'une séroconversion
  - **Bilan de MST** : sérologies **hépatite B (2)**, **HIV 1 et 2 (3 PMZ)** après accord du patient, **syphilis (2)**
  - ECBU

Question 4 : Quel traitement mettez-vous en œuvre ? (9)

- Hospitalisation
- Traitement antiviral systématique : **Valaciclovir Zélitrex® (5)** per os 2 cp à 500 mg/j soit 1 g/j (bonne absorption digestive) pendant 10 jours
- **Antalgiques (4) +++**
- Surveillance

N.B. : en cas de récurrence génitale = Zélitrex 1 g/j pendant 5 jours. En cas de récurrence fréquente (plus de 6 par an), Zélitrex 1 cp à 500 mg/j pendant 6 mois.

Question 5 : Vous apprenez quelques jours plus tard que la patiente est enceinte (6 semaines d'aménorrhée). Quels sont les risques encourus par le fœtus ? **(16)**

- Il n'y a pas de risque d'**EMBRYOFŒTOPATHIE (8)**.
- Le risque encouru par le fœtus est la **fausse-couche spontanée (8)**.

Question 6 : Que proposez-vous concernant l'accouchement si une récurrence est survenue trois jours avant ? **(8)**

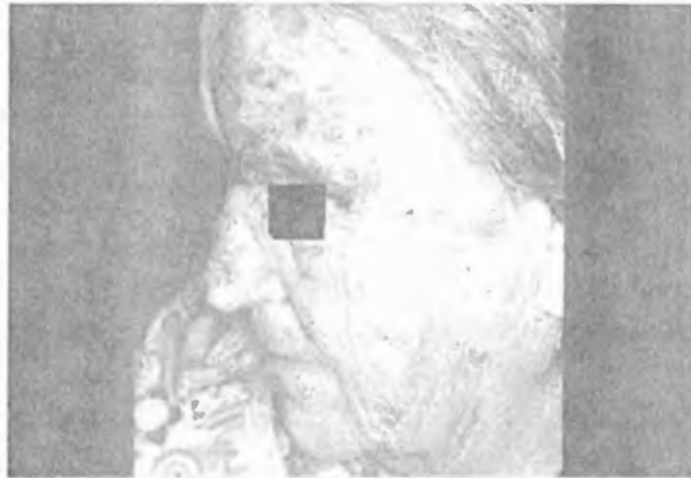
- **Rupture des membranes < 6 h → CESARIENNE** (4)
- **Rupture des membranes > 6 h → VOIE BASSE** (4) après désinfection de la filière génitale

Question 7 : Son partenaire prétend n'avoir jamais eu cette maladie. Est-ce crédible ? **(11)**

- **OUI car forme asymptomatique (11).**

DOSSIER 15

Madame Agnès Z., 70 ans, vous consulte pour des douleurs orbitaires gauches évoluant depuis 3 jours et l'apparition la veille de lésions érythémateuses du visage sur lesquelles elle a appliqué de l'Héxomédine. L'examen clinique retrouve une éruption sur le versant gauche de la pyramide nasale, la racine du nez, l'angle interne de l'œil gauche et la partie gauche du front (voir photo ci-dessous).



Question 1 : Quel est votre diagnostic ?.

Question 2 : Quelle est la physiopathologie de cette affection ?

Question 3 : Quels examens complémentaires pratiquez-vous ?

Question 4 : Quelles sont les complications ophtalmologiques possibles de cette affection ?

Question 5 : Rédigez vos prescriptions thérapeutiques.

Question 6 : Quelle complication essentielle craignez-vous à distance ? Quels traitements proposez-vous si cette complication survient (sans les posologies) ?

REPONSES DOSSIER ZONA OPHTALMIQUE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? **(19)**

- **ZONA OPHTALMIQUE (19)**
- Terrain : personne âgée
- Eruption maculo-vésiculeuse, douloureuse, UNILATERALE +++, située sur le territoire du nerf ophtalmique de Willis.

Question 2 : Quelle est la physiopathologie de cette affection ? **(8)**

- **Réactivation du virus (2)** varicelle-zona resté à l'état latent dans les ganglions sensitifs après une varicelle qui constitue la primo-infection
- Le virus se **multiplie dans le ganglion sensitif (2)** puis chemine le **long du neurone sensitif (2)** du dermatome correspondant jusqu'à la peau.

Question 3 : Quels examens complémentaires pratiquez-vous ? **(18)**

- **AUCUN EXAMEN COMPLEMENTAIRE (18)** car le diagnostic du zona est clinique ++++

N.B. : réaliser un examen ophtalmologique complet +++

Question 4 : Quelles sont les complications ophtalmologiques de cette affection ? **(18)**

- Bégnignes : **conjonctivite (3)**, kératite superficielle
- Graves : **kératite neuroparalytique (3)** avec risque d'ulcérations ou d'opacification de la cornée, **uvéite antérieure (3)** pouvant engendrer un glaucome, **névrite optique (3)** pouvant engendrer une baisse d'acuité visuelle, voire une **cécité (3), paralysies oculomotrices (3).**

Question 5 : Rédigez vos prescriptions thérapeutiques. (16)

- **Antiseptique local** (4) par chlorexidine (Septéal®) 2 applications par jour
- Traitement général par **Valaciclovir (Zélitrex®)** (4) 2 cp à 500 mg = 1 g 3 fois par jour pendant 7 jours
- Traitement local oculaire par **aciclovir (Zovirax®)** (4) pommade ophtalmique 6 fois/j
- Antalgiques
- **Surveillance : oculaire** (4) +++

Question 6 : Quelle complication essentielle craignez-vous à distance ? Quels traitements proposez-vous si cette complication survient (sans les posologies) ? (21)

ALGIES POST-ZOSTERIENNES (15)

- Produit ayant 1 AMM pour algies post-zostériennes : **Neurontin®** ++ (3)
- Produit ayant 1 AMM pour algies rebelles : **Laroxyl®** (3)
- Produit ayant 1 AMM pour algies neuropathiques : **Tegrétol®** (3)
- Produit sans AMM pour algies mais utilisé en pratique : Nozinan®.

DOSSIER 16

Un homme de 35 ans, est hospitalisé en urgence pour une fièvre élevée avec lésions cutanées évoluant depuis 3 jours.

A l'examen, on retrouve une altération de l'état général avec fièvre à 39°C. Il existe une éruption généralisée, constituée de vésicules à contenu clair ou trouble et de croutettes brunâtres. Il existe également une discrète atteinte des muqueuses sous forme de petites ulcérations arrondies. Le reste de l'examen clinique, notamment pulmonaire et neurologique, est normal.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ?

Question 2 : Quel est l'agent responsable ? A quelle famille appartient-il ? Quelle est sa durée d'incubation ?

Question 3 : Quel (s) examen (s) courant (s) effectuez-vous afin de confirmer rapidement votre diagnostic ?

Question 4 : Quelle est la complication la plus fréquente à redouter chez ce patient ?

Question 5 : Quelle est votre attitude thérapeutique ?

REPONSES DOSSIER VARICELLE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? (20)

VARICELLE DE L'ADULTE (20)

Question 2 : Quel est l'agent responsable ? A quelle famille appartient-il ? Quelle est sa durée d'incubation ? (20)

- **Virus VARICELLE-ZONA** (10)
- Famille des **Herpès virus** (5)
- L'incubation est de **14 jours** (5)

Question 3 : Quel (s) examen (s) courant (s) effectuez-vous afin de confirmer rapidement votre diagnostic ? (20)

- **CYTODIAGNOSTIC DE TZANCK (10)** sur un prélèvement de vésicule
- **IMMUNOFLUORESCENCE DIRECTE** (10) sur prélèvement de vésicule

N.B. : La PCR n'est pas un examen courant
La Culture n'est pas un examen rapide

Question 4 : Quelle est la complication la plus fréquente à redouter chez ce patient ? (20)

PNEUMOPATHIE (20)

Question 5 : Quelle est votre attitude thérapeutique ? (20)

- Hospitalisation en urgence
- **Isolement** (3) en chambre seule
- Traitement anti-viral : **Aciclovir Zovirax® (5)** 10 mg/kg/8 heures en **perfusion IV (5)** lente sur 1 heure pendant 7 à 10 jours.
- Soins **locaux antiseptiques** (5)
- **Surveillance** (2) : cutanée ++, respiratoire ++.

DOSSIER 17

Un enfant de 4 ans, aux antécédents de rougeole et de varicelle et dont les vaccinations sont à jour, se plaint depuis 2 jours d'une dysphagie croissante pour les liquides et solides, de céphalées et d'une fièvre à 39°C sans frissons ni sueurs. Il a été traité par de l'Oracilline 2 millions UI/j sans effets. Cet enfant est élevé à Paris et n'a jamais quitté la France métropole. Il n'existe pas d'antécédent familial.

A l'entrée, il présente une fièvre à 39°C, la tension artérielle est à 11/6. L'auscultation cardiaque montre une tachycardie régulière à 130/min sans souffle ni galop. Les examens pulmonaires et abdominaux sont normaux. L'examen neurologique montre une discrète obnubilation, une photophobie, des ROT vifs aux membres inférieurs, des paires crâniennes normales, pas de déficit moteur ni sensitif, une raideur de la nuque et un réflexe cutanéo-plantaire en flexion. L'examen de la cavité buccale montre un érythème diffus parsemé d'érosions arrondies, jaunâtres prédominant sur le pharynx et les amygdales. On note sur l'amygdale gauche 3 vésicules claires de 1 mm de diamètre. Par endroit existent de vastes ulcérations polycycliques. Les gencives sont tuméfiées et hémorragiques. Au niveau des lèvres, on note des érosions et quelques vésicules de la commissure labiale gauche sur un fond érythémateux.

Toutes ces lésions sont très douloureuses, fétides et empêchent l'alimentation. Par ailleurs, on retrouve la présence d'adénopathies volumineuses et sensibles sous-angulo-maxillaires et jugulo-carotidiennes bilatérales. Les autres aires ganglionnaires sont libres. La peau et la muqueuse génitale sont normales.

L'interrogatoire ne retrouve aucun antécédent de stomatite ni de lésions péribuccales. Les examens complémentaires montrent : Hb = 15 g, plaquettes = 250 000, GB = 8 000, PN Neutro = 30 %, PN Eo = 1 %, PN Baso = 2 %, Lympho = 60 %, Monocytes = 3 % et grandes cellules momonuclées = 4 %. VS = 10 min à la 1ère heure. Transaminases normales.

Le fond d'œil ainsi que la radiographie de thorax sont normaux.

Question 1 : Citez 3 maladies virales à évoquer systématiquement devant des ulcérations buccales chez un enfant.

Question 2 : Quel diagnostic retenez-vous dans ce cas ?

Question 3 : Vous réalisez des prélèvements des lésions buccales. Quels examens demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

Question 4 : Comment interprétez-vous le syndrome neurologique ? Quels sont les examens nécessaires pour explorer ce syndrome neurologique ?

Question 5 : Quels sont les principes du traitement (sans posologies) ?

REPONSES DOSSIER GINGIVO-STOMATITE

Question 1 : Citez 3 maladies virales à évoquer systématiquement devant des ulcérations buccales chez un enfant. (11)

- **PRIMO-INFECTION A HERPES (5)**
- **HERPANGINE (3)**
- SYNDROME **PIEDS-MAINS-BOUCHE (3)**

Question 2 : Quel diagnostic retenez-vous dans ce cas ? (10)

Primo-infection herpétique à HSV1 (10)

- En faveur d'une primo-infection : pas d'antécédents de stomatites ou d'érosions
- En faveur de l'herpès :
  - Terrain : enfant
  - Erosions polycycliques sur fond érythémateux avec atteintes :buccale, labiale et pharyngée (dysplagie)
  - Signes généraux : fièvre, adénopathies
  - Signes neurologiques
  - Biologie : syndrome mononucléosique (hyperlymphocytose, avec présence de grandes cellules mononucléées)
  - Echec de l'Oracilline®

Question 3 : Vous réalisez des prélèvements des lésions buccales. Quels examens demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? (15)

- **CYTODIAGNOSTIC DE TZANCK (5)**
- **IMMUNOFLUORESCENCE DIRECTE (5)**
- **CULTURE VIRALE (5)**

Question 4 : Comment interprétez-vous le syndrome neurologique ? Quels sont les examens nécessaires pour explorer ce syndrome neurologique ? (35)

- Les signes neurologiques sont liés à la **MENINGO-ENCEPHALITE HERPETIQUE (15)**.
- Les examens à réaliser sont : la **PONCTION LOMBAIRE (5)** avec étude biochimique, cytologique, **bactériologique (5)**, **PCR et culture virale (5)** du LCR. ELECTRO-ENCEPHALOGRAMME et **TDM CEREBRAL** ou **IRM CEREBRALE** (5).

Question 5 : Quels sont les principes du traitement (sans posologies) ? (29)

- Hospitalisation en urgence en USI après **accord parental**
- Mise en condition : voie veineuse périphérique, scope, saturomètre, recueil urinaire
- Traitement antiviral : **Aciclovir Zovirax® en perfusion IV (10)** pendant 14 jours
- Traitement symptomatique
  - **Antalgiques (3)**
  - **Anti-pyrétiques (3)**
  - **Prévention des convulsions (3)**
- Traitements locaux
  - **Antalgiques locaux avant les repas (2)**
  - **Alimentation semi-liquide (2)**
  - **Bains de bouche (2)**
- **Surveillance** (4) : en particulier des fonctions vitales, de l'état neurologique.

DOSSIER 18

Un homme de 54 ans consulte en urgence pour un « gonflement » du visage. A l'interrogatoire, on apprend qu'il a une dermite séborrhéique depuis 20 ans, et qu'il applique régulièrement de nombreux topiques. Récemment, il a eu une poussée sévère de sa dermatite séborrhéique, très prurigineuse, avec apparition secondaire d'excoriations du cuir chevelu et du conduit auditif. Depuis hier soir est apparu brutalement un placard inflammatoire autour de l'oreille s'étendant secondairement à toute l'hémiface droite.

A l'examen clinique, on constate une fièvre à 38,5°C. Le placard est rouge, chaud, douloureux, palpable, bien limité en périphérie. Il y a une adénopathie prétragienne du même côté.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez.

Question 2 : Quel est l'agent infectieux habituellement en cause ?

Question 3 : Faut-il réaliser des prélèvements pour mettre en évidence cet agent infectieux ? Justifiez.

Question 4 : Faut-il hospitaliser ce patient ? Justifiez.

Question 5 : Quel antibiothérapie prescrivez-vous en 1ère intention ?

Question 6 : Même question en cas d'allergie à l'antibiotique précedent ?

REPONSES DOSSIER ERYSIPELE DU VISAGE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez. (20)

- **ERYSIPELE** (10) DU **VISAGE** (2)
- Arguments :
  - **Fièvre** (2)
  - **Placard inflammatoire** (2) de l'hémiface droite, avec **bourrelet périphérique** (2) caractéristique
  - **Adénopathie prétragienne** (2)
  - Porte d'entrée probable : dermite séborrhéique excoriée.

Question 2 : Quel est l'agent infectieux habituellement en cause ? (11)

STREPTOCOQUE (5) β HEMOLYTIQUE (3) GROUPE A (3)

Question 3 : Faut-il réaliser des prélèvements pour mettre en évidence cet agent infectieux ? Justifiez. (15)

NON (15) car : forme typique, pas de terrain de comorbidité.

Question 4 : Faut-il hospitaliser ce patient ? Justifiez. (16)

NON (10) car :

- **forme typique (2),**
- pas de signes locaux ou généraux de **gravité (2),**
- **pas de terrain pathologique** (2) ou de contexte social posant un problème d'observance ou de suivi.

Question 5 : Quel antibiothérapie prescrivez-vous en 1ère intention ? (19)

- **Amoxicilline (Clamoxyl®) (10)**
- **1 g x 3/24 h (3)**
- **par voie orale (3)**
- **15 jours (3)**

Question 6 : Même question en cas d'allergie à l'antibiotique précedent ? (19)

- **Erythomycine (Erythocine®) (10)**
- **1 g x 2/24 h (3)**
- **par voie orale (3)**
- **15 jours (3)**

DOSSIER 19

Une femme de 68 ans consulte en urgence pour fièvre à 39°C avec frissons et douleurs de la jambe gauche rouge, douloureuse depuis 24 heures.

Antécédents : diabète de type 2 traité par régime et glucophage retard.

A l'examen, la jambe gauche est œdématiée et érythémateuse (voir photo ci-dessous). Il existe un intertrigo du 4ème orteil du pied gauche et des ganglions inguinaux gauches. TA = 16/10 FC = 100 poids = 90 kg et taille = 1,67 m.



Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ?

Question 2 : Quels examens complémentaires à visée bactériologique demandez-vous ?

Question 3 : Quel est le reste du bilan para-clinique ?

Question 4 : Quelles sont les complications de cette affection ?

Question 5 : Quels sont les principes de votre antibiothérapie initiale ?

Question 6 : Quelle est votre prescription concernant l'antibiothérapie initiale ?

Question 7 : Faut-il prescrire un traitement anticoagulant ? Justifiez.

Question 8 : Quelles autres mesures thérapeutiques devez-vous mettre en œuvre ?

REPONSES DOSSIER ERYSIPELE DE JAMBE

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? (20)

ERYSIPELE (6) de la **jambe gauche** (2) devant :
- Terrain : femme **obèse** (2), **diabète non insulino-dépendant** (2)
- Porte d'entrée : **intertrigo du 4ème orteil** (2) du pied gauche
- Signes généraux : **fièvre** (2) avec frissons
- Jambe rouge, douloureuse avec **placard érythémateux** (2), **ganglions inguinaux** (2) homolatéraux inflammatoires.

Question 2 : Quels examens complémentaires à visée bactériologique demandez-vous ? (12)

- **PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES** (4)
  - Localement : porte d'entrée (**intertrigo**) (2), prélèvement éventuel d'une **bulle** (2), pas d'intérêt des prélèvements en surface
  - **Hémocultures** (4)

(2)

Question 3 : Quel est le reste du bilan para-clinique ? (10)

- Biologie : **NFS plaquettes** (2), VS, **glycémie** (2), ionogramme sanguin, urée, **créatininémie** (2), hémostase, **protéinurie** (2) (référence)
- Radiographique : **écho-doppler veineux des membres inférieurs** (2) en cas de doute avec une phlébite.

Question 4 : Quelles sont les complications de cette affection ? (12)

- Infectieuses : abcédation, **fasciite nécrosante** (3) ++, septicémie (exceptionnel)
- Autres : **lymphœdème** (3) ++, glomérulonéphrite post-streptococcique (rare), **décompensation du diabète** (3), **complications de décubitus** (3).

Question 5 : Quels sont les principes de votre antibiothérapie initiale ? (15)

- Antibiothérapie : dès les prélèvements effectués, **sans attendre les résultats (3), active sur le streptocoque (4), bactéricide (4)**, en monothérapie, par **voie intraveineuse (4)**.

Question 6 : Quelle est votre prescription concernant l'antibiothérapie initiale ? (11)

- **Pénicilline G (5)**
- **12 millions UI/24 h (3)**
- en **6 perfusions intraveineuses** (3)

Question 7 : Faut-il prescrire un traitement anticoagulant ? Justifiez. (12)

- **NON à titre systématique (4)**
- OUI dans 2 cas précis
  - **Facteur de risque thrombo-embolique (4)** associé : anticoagulation à doses préventives
  - **Doute sur une phlébite (4)** : anticoagulation à doses efficaces en attendant le résultat des explorations.

Question 8 : Quelles autres mesures thérapeutiques devez-vous mettre en œuvre ? (8)

- **Hospitalisation (2)** en urgence
- **Repos au lit (2)**
- Antalgiques
- Soins antiseptiques locaux par chlorexidine
- Traitement de la porte d'entrée : **antifongique imidazolé, bifonazole** (**Amycor®**) **(2)** poudre, 1 application/jour pendant 1 mois.
- **Prévention antitétanique (2)**.

DOSSIER 20

Céline, 8 ans, est amenée par sa mère pour des lésions brunâtres péri-narinaires, péri-buccales et du bras gauche. Cette enfant ne présente pas d'antécédent particulier. Vous remarquez la présence de lésions similaires sur les mains de la mère. Par ailleurs, vous apprenez à l'interrogatoire que le petit frère de Céline a également depuis la veille une petite croûte sur le menton et qu'un de ses camarades de classe a eu les mêmes problèmes quelques jours auparavant.

L'examen retrouve plusieurs croûtes de taille variable, arrondies, superficielles, de couleur jaune orangé entourées par un fin halo érythémateux. Le reste de l'examen clinique est normal en dehors d'adénopathies occipitales et axillaires gauches.

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? (ne pas justifier).

Question 2 : Décrivez la lésion élémentaire de cette affection.

Question 3 : Quels sont les agents responsables de ce type d'affection ?

Question 4 : Quel bilan complémentaire demandez-vous dans l'immédiat ?

Question 5 : Quel traitement général prescrivez-vous ?

Question 6 : Quel traitement local prescrivez-vous ?

Question 7 : Quelles autres mesures préconisez-vous ?

REPONSES DOSSIER IMPETIGO

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? (ne pas justifier). (15)

- **IMPETIGO (15)** péri-orificiel et du bras gauche chez une enfant de 8 ans.

Question 2 : Décrivez la lésion élémentaire de cette infection. (15)

- **VESICO-BULLE (10)** à contenu clair reposant sur une **base érythémateuse (5)**, très éphémère, évoluant vers une pustule puis une croûte.

Question 3 : Quels sont les agents responsables de ce type d'affection ? (12)

- **Staphylocoque doré (6)**
- **Streptocoque bêta du groupe A (6)**
- Parfois les 2 en même temps.

Question 4 : Quel bilan complémentaire demandez-vous dans l'immédiat ? (15)

- **AUCUN examen complémentaire (15)** n'est nécessaire.

Question 5 : Quel traitement général prescrivez-vous ? (12)

- **Antibiothérapie (4)** : active sur streptocoque et staphylocoque, pénicilline M, **oxacilline (Bristopen®) (4)** sirop pédiatrique, 50 mg/kg pendant **10 jours (4)**.

Question 6 : Quel traitement local prescrivez-vous ? (9)

- Savonner avec un **antiseptique moussant (3)** ex. : chlorexidine (Plurexid®)
- Désinfecter avec une solution antiseptique ex. : chlorexidine (Septéal®)
- Ramollir les croutes avec une **pommade antibiotique ex. : acide fusidique (Fucidine®)** (3)
- **Enlever les croutes ramollies** (3) avec une compresse.

Question 7 : Quelles autres mesures préconisez-vous ? (22)

- Mesures d'hygiène : **ongles coupés ras (4), lavages fréquents des mains (4),** changements fréquents du linge
- Eviction scolaire **(8)** jusqu'à la guérison
- Examen de l'entourage (famille, école) et **traitement simultané de tous les sujets atteints** (4) (mère, sœur, camarades de classe)
- Recherche d'une **protéinurie à 15 jours (2).**

DOSSIER 21

Un homme de 31 ans consulte en urgence pour lésions douloureuses et infiltrées du visage évoluant dans un contexte fébrile. Il y a une semaine est apparue une lésion nodulaire érythémateuse, douloureuse au niveau du pli naso-génien que le patient avoue avoir essayé de percer. A l'examen, vous notez l'existence d'un placard érythémateux, violacé, infiltré avec quelques pustules. Vous notez par ailleurs l'existence de plusieurs adénopathies cervicales douloureuses ainsi qu'une fièvre à 40°C avec frissons. On ne retrouve pas d'antécédent particulier.

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez.

Question 2 : Quelles sont les circonstances favorisant les furoncles ?

Question 3 : Quelles sont les localisations préférentielles des furoncles ?

Question 4 : Quelle est la principale complication à redouter devant ce tableau clinique ?

Question 5 : Quel est votre bilan en urgence ?

Question 6 : Quel traitement mettez-vous en œuvre ?

REPONSES DOSSIER STAPHYLOCOCCIE DE LA FACE

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez. (22)

STAPHYLOCOCCIE MALIGNE DE LA FACE (10) devant :

- Facteurs favorisants : **manipulation d'un furoncle du visage (4)**, localisé dans une zone à risque (sillon naso-génien)
- Signes généraux : **fièvre avec frissons (4)**
- **Placard inflammatoire violacé** (4) recouvert de pustules, sans bourrelet inflammatoire, s'étendant rapidement à la pommette, à l'aile du nez et à la paupière.

Question 2 : Quelles sont les circonstances favorisant les furoncles ? (12)

- Facteurs locaux : **macération** (2), **frottement** (2) (vêtements serrés), **mauvaise hygiène** (2)
- Facteurs généraux : **diabète** (2), **immunodépression** (2), **corticothérapie générale** (2).

Question 3 : Quelles sont les localisations préférentielles des furoncles ? (8)

- Région de la **barbe** (2), **nuque** (2), **épaule** (2), **dos** (2), périnée

N.B. : toutes les régions peuvent être atteintes sauf les paumes et plantes.

Question 4 : Quelle est la principale complication à redouter devant ce tableau clinique ? (15)

THROMBOPHLEBITE SUPPUREE DU SINUS CAVERNEUX (15)

Question 5 : Quel est votre bilan en urgence ? (20)

- Biologie : **NFS plaquettes** (4), **VS, TP, TCA** (4), groupe, Rhésus, RAI, glycémie à jeun, ionogramme sanguin, urée, **créatininémie** (3),
- Bactériologie
  - **Hémocultures** (3), **prélèvements des pustules** (3)
  - **Avec examen direct et culture** (3) + antibiogramme.

Question 6 : Quel traitement mettez-vous en œuvre ? (23)

- **Hospitalisation en urgence** (2) car pronostic vital en jeu +++
- Voie veineuse périphérique
- **Antibiothérapie** (3), dès les prélèvements effectués sans attendre les résultats, **active et bactéricide sur le staphylocoque** (3) pénicilline **M Oxacilline** (**Bristopen®**) (3) 1 g x 4/24 h en perfusion **intraveineuse** à adapter secondairement à l'antibiogramme
- Soins **antiseptiques locaux** (3) par chlorexidine (Septéal®)
- **Antalgiques** (3)
- Traitement **anticoagulant préventif** (3)
- **Surveillance** (3) clinique (pouls, TA, courbe de température, état cutané, examen neurologique) et biologique (NFS, plaquettes, VS).

DOSSIER 22

Un homme de 60 ans, consulte pour une grosse jambe rouge douloureuse, évoluant depuis 72 heures. Le patient a pris du Di-Antalvic® et du Feldène® avant de se décider à consulter en raison de l'aggravation de la douleur.

L'examen révèle une température à 40°C avec TA = 10/6, FC = 110/min, FR = 28/min et une altération de l'état général. La jambe est très œdématiée avec l'existence de nappes inflammatoires indurées et quelques bulles hémorragiques. De plus, on constate que la jambe est douloureuse spontanément avec une diminution de la sensibilité superficielle.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ?

Question 2 : Quels examens biologiques demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

Question 3 : Quels examens d'imagerie demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

Question 4 : Quels sont les facteurs ayant pu favoriser ici la survenue de cette pathologie ?

Question 5 : Quels sont les principes de la prise en charge de cette pathologie ?

Question 6 : Quels sont les antibiotiques à utiliser ?

REPONSES DOSSIER FASCIITE NECROSANTE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez. (20)

FASCIITE NECROSANTE STREPTOCCOCIQUE (10) compliquant un **ERYSIPELE (10)**

Question 2 : Quels examens biologiques demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? **(15)**

- Prélèvements bactériologiques
  - **Ponction du liquide des bulles (10)**
  - **Hémocultures** (5).

Question 3 : Quels examens d'imagerie demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? **(10)**

- **AUCUN examen d'imagerie** (10) n'est utile pour confirmer le diagnostic et leur prescription retarderait la prise en charge chirurgicale (cf. Question 5).

Question 4 : Quels sont les facteurs ayant pu favoriser ici la survenue de cette pathologie ? **(10)**

- **Retard thérapeutique** (5)
- **Prise d'AINS** (Feldène®) (5).

Question 5 : Quels sont les principes de la prise en charge de cette pathologie ? **(25)**

- Hospitalisation en **URGENCE** (5) en REANIMATION
- Recherche et **correction des défaillances viscérales** (5)
- **Antibiothérapie (5),** dès les prélèvements effectués sans attendre les résultats, **active et bactéricide sur le streptocoque A** (5), secondairement adaptée aux résultats bactériologiques, association synergique, voie intraveineuse
- Traitement **chirurgical en urgence = incision et mise à plat large des tissus nécrosés** (5).

Question 6 : Quels sont les antibiotiques à utiliser ? (20)

Pénicilline G (10) + Clindamycine (10) (si doute avec fasciite non streptococcique : Céphalosporine de 3ème G + Aminoside + Métronidazole).

DOSSIER 23

Un homme de 35 ans, infirmier, consulte pour des furoncles des membres et du tronc. Les premiers éléments, apparus quelques mois auparavant au niveau du périnée et des fesses étaient très douloureux et invalidants et furent traités par compresses humides et antibiothérapie locale. En raison du caractère récidivant des furoncles, des prélèvements bactériens ont été réalisés au niveau des lésions et ont montré la présence de staphylocoque doré coagulase positif. Une antibiothérapie générale antistaphylococcique par Pyostacine® 3 cp par jour pendant 15 jours n'a pas empêché la survenue de nouveaux furoncles. Malgré plusieurs cures successives de nouveaux éléments se produisent au niveau des jambes et des mains. De nouveaux prélèvements bactériens au niveau des plis périnéaux, des mains et des ongles sont pratiqués : tous ces prélèvements révèlent la présence de staphylocoques dorés coagulase positif.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ?

Question 2 : Que pensez-vous des prélèvements bactériologiques tels qu'ils ont été pratiqués ? Justifiez.

Question 3 : Faut-il pratiquer d'autres prélèvements bactériologiques ? Justifiez.

Question 4 : Que pensez-vous des traitements antibiotiques qui ont été prescrits ? Justifiez ?

Question 5 : Quel bilan effectuez-vous ?

Question 6 : Quel traitement prescrivez-vous ?

REPONSES DOSSIER FURONCLES

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? (20)

FURONCULOSE (20)

Question 2 : Que pensez-vous des prélèvements bactériologiques tels qu'ils ont été pratiqués ? Justifiez. (15)

- **INUTILES (10)** car
  - Le diagnostic de furoncle est **purement clinique (3)**
  - Les furoncles sont **toujours dus au staphylocoque doré (2).**

Question 3 : Faut-il pratiquer d'autres prélèvements bactériologiques ? Justifiez. **(15)**

- OUI (5)
- PRELEVEMENTS BACTERIOLOGIQUES DES **GITES MICROBIENS (5)** : cuir chevelu, conduits auditifs externes, grands plis, ombilic, périnée, cicatrices de furoncles
- A LA **RECHERCHE D'UN PORTAGE STAPHYLOCOCCIQUE (5).**

Question 4 : Que pensez-vous des traitements antibiotiques qui ont été prescrits ? Justifiez ? **(15)**

- **INUTILES (10)**
- **Antibiothérapie générale inefficace** (5) en cas de furonculose.

Question 5 : Quel bilan effectuez-vous ? **(10)**

- Recherche du **facteur favorisant (2)**
  - Local : **mauvaise hygiène (2) ++, frottement/macération (2)** (vêtements serrés)
  - Général : **diabète (2) ++, corticothérapie générale** (2), déficit immunitaire
- Prélèvements bactériologiques des gîtes (cf. Question 4).

Question 6 : Quel traitement prescrivez-vous ? (25)

- Traitement des furoncles : application d'un **antiseptique à la chlorexidine** (3) (par exemple Septéal®), puis d'une **crème antibiotique** (3) (par exemple Fucidine®), extraire le bourbillon (3) à la pince quand le furoncle est mur.
- **Désinfection des gîtes microbiens** : application d'une **crème antibiotique** (5) antistaphylococcique (par exemple Fucidine®) 2 fois/j 1 semaine/mois plusieurs mois.
- **Mesures d'hygiène** (5) : douche quotidienne, lavage fréquent des mains (après les soins ++), ongles coupés ras, vêtements larges, changement fréquent du linge (qui doit être personnel).
- Examen et **traitement éventuel de l'entourage** (3).
- **Arrêt de travail** (3) ++ car risque de contamination.

DOSSIER 24

Une femme de 62 ans est hospitalisée pour bilan d'un diabète récemment découvert. L'interrogatoire retrouve comme antécédents une phlébite en post-partum et une pleurésie tuberculeuse à l'âge de 30 ans. Trois mois avant cette hospitalisation, la patiente a présenté une bronchite aiguë traitée par cyclines. Après 15 jours de traitement est survenue une diarrhée régressive sous traitement symptomatique et arrêt des antibiotiques.

A l'examen, on retrouve une femme en bon état général avec un poids à 82 kg pour une taille de 1,64 m. L'attention est attirée par des lésions cutanées localisées dans la région périnéale (plis inter-fessier et inguinaux) ainsi que sous les seins. Ces lésions, présentes depuis quelques semaines, sont modérément prurigineuses. Il s'agit de plaques érythémateuses luisantes, prédominant au fond des plis à partir desquels elles s'étendent de façon progressive avec une collerette desquamative. De nombreuses microvésicules blanchâtres sont visibles sur ces plaques notamment à leur périphérie. Les lésions, à bords émiettés, sont recouvertes d'un enduit blanchâtre. Un prélèvement bactériologique cutané montre la présence de staphylocoques dorés et de corynébactéries. Un prélèvement mycologique cutané montre la présence de nombreuses colonnes de candida albicans.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ?

Question 2 : Quels sont les principaux diagnostics différentiels à évoquer ici ?

Question 3 : Quels sont les facteurs favorisants de cet intertrigo ?

Question 4 : Quel est votre traitement ?

En fin d'après-midi, lors de votre contre-visite, la patiente se plaint de prurit vulvaire avec brûlures et pertes blanchâtres. A l'examen, vous retrouvez une muqueuse vulvo-vaginale érythémato-œdémateuse, érosive, recouverte d'un enduit blanchâtre .

Question 5 : L'infirmière vous demande de compléter votre prescription du jour : que rajoutez-vous ?

REPONSES DOSSIER CANDIDOSE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? (25)

INTERTRIGO (10) SOUS **MAMAIRE INGUINAL (5)** ET **INTERFESSIER (5)**, A **CANDIDA ALBICANS (5)**.

Question 2 : Quels sont les principaux diagnostics différentiels à évoquer ici ? **(10)**

Les autres intertrigos des grands plis :

- **Intertrigos à dermatophytes** (5)
- **Erythrasma** (5)
- Psoriasis

Question 3 : Quels sont les facteurs favorisants de cet intertrigo ? **(20)**

- Facteurs locaux : ph acide, milieu sucré, irritation chronique, **macération** (5) (obésité), corticothérapie locale
- Facteurs généraux : diabète, **déficits immunitaires (SIDA +++)** (5), **grossesse** (5), iatrogène (**antibiothérapie** (3), œstroprogestatif, **corticothérapie générale** (2), immunosuppresseurs).

Question 4 : Quel est votre traitement ? **(15)**

- **Antiseptique local** (5) à la chlorexidine (par exemple Septéal®)
- **Antifongique local** (5) (par exemple bifonazole, Amycor®) 1 application/j pendant 3 semaines
- **Equilibration du diabète** (5) et correction d'autres facteurs favorisants éventuels.

Question 5 : L'infirmière vous demande de compléter votre prescription du jour : que rajoutez-vous ? **(30)**

- Toilette intime par un **savon alcalin** (5) type Hydralin®
- Traitement **antifongique local** (5) : Gynopévaryl® LP 150 1 **ovule gynécologique** (5)/j pendant 3 jours de suite **associé à une crème** (5) (Pévaryl crème) 1 application/j sur les lésions vulvaires pendant 3 semaines
- Traitement **antifongique local du tractus digestif** (5) en raison de la survenue post-antibiothérapie et de l'association d'un intertrigo interfessier par exemple **Fungizone®** (5) suspension 2 cac 3 fois/j en dehors des repas pendant 3 semaines.

DOSSIER 25

Depuis plusieurs mois, une femme de ménage de 42 ans se plaint de lésions inflammatoires du pourtour unguéal des 3 premiers doigts de la main droite. Les régions péri-unguéales sont douloureuses, rouges et œdématiées. La pression en fait sourdre une gouttelette de pus jaunâtre. Sur les bords latéraux de chaque ongle atteint, existe une tache brun jaunâtre qui tend à décoller l'ongle. Cette femme, obèse, tabagique et hypertendue, présente un diabète insulino-requérant pour lequel elle est traitée par un sulfamide hypoglycémiant (dont la patiente ne se rappelle plus le nom). Par ailleurs, elle prend du Lasilix et irrégulièrement de la levure de bière pour maigrir.

Question 1 : Quel est le diagnostic le plus probable ? Argumentez.

Question 2 : Quels sont les 2 autres causes de périonyxis avec écoulement purulent ?

Question 3 : Quel traitement instaurez-vous ?

Question 4 : Quel autre traitement instaurez-vous en l'absence d'efficacité du traitement précédent ?

Question 5 : Quel est le principal effet indésirable du traitement prescrit (à la Question 4) ?

REPONSES DOSSIER ONYXIS

Question 1 : Quel est le diagnostic le plus probable ? Argumentez. **(30)**

ONYXIS et PERI-ONYXIS (10) d'origine probablement **CANDIDOSIQUE (5)**

- Terrain : **diabète (3)**, profession **exposant les mains à l'humidité (3)** et aux microtraumatismes.
- Atteinte des **ongles de la main (3)**
- Début par un péri-onyxis : **bourrelet péri-unguéal (3)** inflammatoire, dont la pression laisse sourdre du pus
- Onyxis : coloration **brun-verdâtre de l'ongle (3)**.

Question 2 : Quels sont les 2 autres causes de périonyxis avec écoulement purulent ? **(10)**

Péri-onyxis bactériens :

- **Staphylocoque doré (5)**
- **Pyocyanique (5)**.

Question 3 : Quel traitement instaurez-vous ? **(28)**

- **Bains de doigts antiseptiques (10)** (par exemple Hexomédine® transcutanée)
- Application plusieurs fois par jour, en particulier après chaque lavage de mains, d'une **solution antifongique (5)** (par exemple Amycor®) **pendant 3 mois (5)**
- Suppression des facteurs favorisants : **équilibration du diabète (5), protection des mains pendant le travail (3).**

Question 4 : Quel autre traitement instaurez-vous en l'absence d'efficacité du traitement précédent ? **(22)**

- Traitement **antifongique par voie générale (12)**
- **Kétoconazole Nizoral® (5)** 1 cp/j pendant **3 mois (5)**.

Question 5 : Quel est le principal effet indésirable du traitement prescrit (à la Question 4) ? **(10)**

Hépatite cytolytique, parfois mortelle **(10)**.

DOSSIER 26

Un petit garçon de 9 ans est amené par sa maman en consultation dermatologique pour une lésion évoluant depuis plusieurs semaines au niveau du bras droit. Cet enfant ne présente pas d'antécédent particulier. Vous apprenez que sa mère l'a emmené voir leur médecin traitant il y a une semaine ; ce dernier a prescrit un traitement par Diprosone® crème qui n'a pas amélioré la situation, bien au contraire (extension centrifuge de la lésion et apparition secondaire d'autres plaques du même type sur les jambes).

L'examen clinique retrouve plusieurs lésions cutanées ayant le même aspect (voir photo ci-dessous).



Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez.

Question 2 : Quel examen demandez-vous pour confirmer le diagnostic ?

Question 3 : Quels sont les principaux diagnostics différentiels à discuter devant ces lésions ?

Question 4 : Quelle question importante n'a pas été posée à la maman ?

Question 5 : Quel traitement local débutez-vous ?

Question 6 : En l'absence d'efficacité du traitement précédent, quel traitement général instituez-vous ?

REPONSES DOSSIER HERPES CIRCINE

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez. (29)

- **HERPES CIRCINE** (15) ou DERMATOPHYTE CUTANEE :
  - Plaque arrondie, à centre rosé-bistre finement squameux, à **bordure érythémateuse nette (5)**
  - **Evolution centrifuge (3)** avec **guérison centrale** (3) donnant un **aspect annulaire** (3)
  - Aggravation des lésions sous dermocorticoïdes.

Question 2 : Quel examen demandez-vous pour confirmer le diagnostic ? **(19)**

Prélèvement mycologique (10) par **grattage des squames (3)** en périphérie d'une lésion pour :

- **Examen direct au microscope** (3) après éclaircissement à la potasse à la recherche de filaments mycéliens
- **Culture sur milieu de Sabouraud** (3) (pour le diagnostic d'espèce qui se fait en 3 à 4 semaines).

Question 3 : Quels sont les principaux diagnostics différentiels à discuter devant ces lésions ? **(15)**

- **Eczéma nummulaire (5)**
- **Psoriasis dans sa forme annulaire (5)**
- **Pityriasis rosé de Gibert (5).**

Question 4 : Quelle question importante n'a pas été posée à la maman ? **(10)**

- Recherche de l'**agent contaminant (5)** dans l'entourage
- Le plus souvent contamination **zoophile (5)** par un animal atteint (chat, chien ...).

Question 5 : Quel traitement local débutez-vous ? (14)

- Application locale d'un **antifongique** (4) imidazolé par exemple **bifonazole (Amycor®)** **(8)** crème 1 fois par jour pendant **4 semaines** (2).

N.B. : Rechercher et traiter l'animal contaminant +++

Question 6 : En l'absence d'efficacité du traitement précédent, quel traitement général instituez-vous ? (13)

- Traitement **général par antifongique** (6) **Griséofulvine, Griséfuline®** (5), per os 15 mg/kg/j pendant **4 semaines** (2).

N.B. : La Griséofuline est l'antimycosique de choix chez l'enfant. La Terbinafine n'a pas l'AMM chez l'enfant.

DOSSIER 27

Un enfant de 10 ans est amené en consultation pour des lésions du cuir chevelu apparues il y a 3 semaines. Il est l'aîné de 3 enfants : une sœur de 7 ans et un frère de 5 ans. Les lésions sont apparues au retour des vacances qu'il avait passé dans la ferme de ses grand-parents où il a recueilli un petit chat qu'il a ramené chez ses parents.

L'examen montre 1 plaque bien limitée, prurigineuse de 5 cm de diamètre, finement squameuse non cicatricielle. Les squames sont grisâtres et se détachent facilement. Quelques cheveux sont cassés 2 à 5 mm au-dessus de l'orifice folliculaire, d'autres viennent à la traction. Depuis 2 ans, il est traité pour un psoriasis des coudes et des genoux. Une corticothérapie locale au niveau du cuir chevelu n'a pas entraîné d'amélioration. La mère est venue seule avec lui, les autres enfants n'auraient rien. Elle-même a un examen dermatologique normal, mais elle signale chez son mari la survenue depuis une semaine d'une lésion de l'avant-bras ayant tendance à s'étendre.

Question 1 : Quel est votre diagnostic pour l'enfant ? Pour son père ? Justifiez.

Question 2 : Pouvez-vous soupçonner un germe particulier ? Comment confirmez-vous votre diagnostic ?

Question 3 : Quelles sont les modalités thérapeutiques ?

Question 4 : Une autre mesure s'impose : laquelle ?

REPONSES DOSSIER TEIGNE

Question 1 : Quel est votre diagnostic pour l'enfant ? Pour son père ? Justifiez. (35)

- Enfant : **TEIGNE TONDANTE (20)** ou DERMATOPHYTIE DU CUIR CHEVELU
  - Terrain : enfant de 10 ans, contact avec un chat
  - Clinique : plaque arrondie, érythémato-squameuse « pseudo-alopécique » (cheveux cassés sans véritable alopécie)
- Père : **HERPES CIRCINE** (5) ou DERMATOPHYTIE CUTANEE

Question 2 : Pouvez-vous soupçonner un germe particulier ? Comment confirmez-vous votre diagnostic ? (25)

- OUI **MICROSPORUM CANIS (10)** car :
  - Contamination animale
  - Plaque unique
- **Prélèvement parasitologique cutané (5)** au vaccinostyle sur les zones actives en périphérie des lésions chez le père ainsi que de cheveux chez l'enfant pour examen direct (après éclaircissement à la potasse) et **culture sur milieu de Sabouraud** (5) (pour le diagnostic d'espèce).
- Examen en **lumière de Wood** (5) : fluorescence verte.

Question 3 : Quelles sont les modalités s thérapeutiques ? (20)

- Traitement général par **antifongiques (5) : griséofulvine, Grisefuline® (5)**, per os, 15 mg/kg/j en 2 prises pendant 6 semaines
- Traitement **local : Kétoconazole Kétoderm® (5)** 1 application/j
- **Rasage des cheveux parasités (5)**
- Pas d'éviction scolaire car teigne zoophile
- Pas de déclaration obligatoire

***N.B.** : le Lamisil est plus efficace, mais il est contre-indiqué avant 15 ans.*

Question 4 : Une autre mesure s'impose : laquelle ? (20)

- **Traitement du chat +++ (20)**

DOSSIER 28

Un homme de 26 ans consulte en urgence pour une éruption cutanée fébrile apparue depuis 48 heures. Ce patient, célibataire, sans antécédents particuliers, est revenu il y a 15 jours d'un voyage d'un mois à Manille. Il est toujours traité par Chloroquine + Proguanil (100 mg/j) comme chimioprophylaxie antipalustre. Le voyage s'est bien déroulé en dehors de la survenue d'une dysurie qui a régressé spontanément. Le début des troubles a été marqué par l'apparition brutale d'une fièvre associée à des myalgies, des arthralgies et des frissons. Vingt-quatre heures plus tard apparaissent les premières lésions cutanées.

L'examen révèle une température à 39,3°C avec un état général conservé. Il existe une dizaine de papulo-pustules, localisées sur les faces latérales des doigts des 2 mains et de la pulpe du 3ème doigt de la main droite. Le reste de l'examen révèle une douleur provoquée à la mobilisation du poignet gauche, du coude droit et de la cheville droite avec épanchement intra-articulaire. Il existe un placard inflammatoire douloureux en regard du trajet des tendons extenseurs du pouce et du 2ème doigt de la main gauche. Les premiers examens complémentaires montrent :

NFS : GB = 14 000 dont 85 % de PN Neutrophiles

Plaquettes = 550 000, Hb = 11 g/L VGM = 78

Ionogramme sanguin et fonction rénale normaux

VS à 30 mm à la 1ère heure

Frottis sanguin et goutte épaisse négatifs

ECBU négatif au direct

Les radiographies des poumons et du poignet gauche sont normales.

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez.

Question 2 : Comment confirmer ce diagnostic ?

Question 3 : Quelle (s) maladie (s) associée (s) devez-vous rechercher dans ce contexte ?

Question 4 : Quel traitement anti-infectieux allez-vous lui proposer en premier lieu ?

Question 5 : Quelle (s) est (sont) la ou les mesure (s) légale (s) et/ou épidémiologique (s) à ne pas omettre ?

REPONSES DOSSIER SEPTICEMIE A GONOCOQUE

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Justifiez. (21)

SEPTICEMIE A GONOCOQUE (9)

- Terrain : homme jeune de 26 ans, célibataire
- **Retour de zone à risque : Thaïande (2)**
- Syndrome fébrile (2)
- Clinique : **papulo-pustules localisées (2)** aux faces latérales des doigts, **ténosynovites** (2) et arthrites
- Biologie : **hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles** (2), thrombocytose et anémie microcytaire d'origine inflammatoire
- Signes négatifs : **frottis sanguin et gouttes épaisse négatifs** (2), ECBU négatif et radiographies normales

N.B. *: dans une septicémie à gonocoque, les arthrites sont septiques +++ à la différence des arthrites réactionnelles dans les infections à chlamydia et mycoplasmes.*

Question 2 : Comment confirmer ce diagnostic ? (15)

Recherche de gonocoques par :

- **Prélèvements locaux** : prélèvement **urétral** (3), **ponction articulaire** (3) et **prélèvements cutanés** (3) avec acheminement rapide au laboratoire pour **examen direct, culture et antibiogramme** (3)
- Prélèvements généraux : **hémocultures prélevées** (3) en asepsie stricte, ensemencées en milieu aéro-anaérobie et milieu spécialisé avec antibiogramme.

Question 3 : Quelle (s) maladie (s) associée (s) devez-vous rechercher dans ce contexte ? (20)

Autres maladies sexuellement transmissibles :

- **Chlamydia (5)**
- **Syphilis (5)**
- **VIH (5)**
- **Hépatite B (5)**

Question 4 : Quel traitement anti-infectieux allez-vous lui proposer en premier lieu ? (20)

- **Antibiothérapie (4)** active sur les gonocoques, dès les prélèvements effectués et sans attendre les résultats, secondairement adaptée aux résultats bactériologiques parentérale **IV (4) : céphalosporine de 3ème génération Ceftriaxone Rocéphine® (4)** 1 g/j pendant 7 jours
- Association systématique d'une **antibiothérapie anti-chlamydia (4)**
  - Soit par tétracyclines Vibramycine® 200 mg/j pendant 7 jours
  - Soit traitement **minute par macrolide azithromycine Zitromax® (4)** 1 g en 1 prise unique.

Question 5 : Quelle (s) est (sont) la ou les autre (s) mesure (s) à ne pas omettre ? (24)

- Rechercher et **traiter les partenaires sexuels (8)**
- **Abstinence sexuelle ou rapports protégés (8)** jusqu'à guérison
- N'est **plus à déclaration obligatoire (8)**

***N.B.** : le VIH est la seule MST à déclaration obligatoire quel que soit le stade de la maladie.*

DOSSIER 29

Un homme de 29 ans consulte pour une lésion indolore génitale apparue il y a 24 heures. L'interrogatoire vous apprend que ce patient, célibataire, a eu de nombreux rapports sexuels non protégés ; il vous signale un rapport sexuel avec une prostituée il y a 3 semaines.

L'examen retrouve une ulcération du sillon balano-préputial, bien limitée, indolore mais indurée à la palpation, ainsi que des adénopathies inguinales gauches, mobiles, indolores et non-inflammatoires. Le reste de l'examen clinique est normal (pas de fièvre, pas de brûlure mictionnelle, pas d'écoulement urétral).

Ce patient ne présente pas d'antécédent particulier.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez.

Question 2 : Quel est l'agent responsable de cette affection ?

Question 3 : Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer de principe devant une ulcération génitale ?

Question 4 : Vous réalisez un prélèvement de la lésion génitale. Quel examen demandez-vous sur ce prélèvement ? Qu'en attendez-vous ?

Question 5 : Quels autres examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

Question 6 : Quelles sont les limites des examens prescrits à la question précédente ?

Question 7 : Quelle antibiothérapie prescrivez-vous ?

Question 8 : Quelles mesures prenez-vous pour éviter la dissémination de la maladie ?

Question 9 : Quel est le meilleur examen biologique pour suivre l'évolution ?

REPONSES DOSSIER SYPHILIS PRIMAIRE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez. (22)

- **CHANCRE SYPHILITIQUE** (10) ou SYPHILIS PRIMAIRE
  - Terrain : homme jeune, célibataire, **rapports sexuels non protégés** (2), dernier rapport il y a **3 semaines** (2) (délai d'incubation)
  - **Ulcération du sillon balano-préputial** (2), unique, **indolore** (2), bien limitée, indurée
  - **Adénopathies inguinales indolores** (2), non inflammatoires
  - Signes négatifs : **pas de fièvre** (2), pas de signes urétraux.

Question 2 : Quel est l'agent responsable de cette affection ? (8)

- **TREPONEMA PALLIDUM** (8). famille des (Spirochètes)

Question 3 : Quels sont les diagnostics différentiels à évoquer de principe devant une ulcération génitale ? (10)

- Infections génitales : **herpès** (2), **chancre** mou (2), **primo-infection à VIH** (2), gâle
- **Aphtes** (2) (maladie de BEHÇET [illegible])
- **Traumatique** (2), caustique.

Question 4 : Vous réalisez un prélèvement de la lésion génitale. Quel examen demandez-vous sur ce prélèvement ? Qu'en attendez-vous ? (10)

- Examen direct au **microscope à fond noir** (5)
- Mise en évidence de **bactéries hélicoïdales** (3), réfringentes, **très mobiles** (2).

Question 5 : Quels autres examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? (10)

- Sérologie syphilitique
- **TPHA et VDRL** (10)

Fta - abs

Question 6 : Quelles sont les limites des examens prescrits à la question précédente ? (18)

- Délai de positivation : 10 à 15 jours après l'apparition du chancre pour le TPHA, 15 à 20 jours après l'apparition du chancre pour le VDRL → donc **ici les deux seront négatifs (5)**
- Possibilité de **faux positifs avec le VDRL (5)** : maladies systémiques (**lupus (2)** ++), **syndrome primaire des anti-phospholipides (2)**, dysglobulinémies, **infections (2)**, **vaccinations (2)**, hépatopathies chroniques, toxicomanie, grossesse.

Question 7 : Quelle antibiothérapie prescrivez-vous ? (8)

- Antibiothérapie active sur treponema pallidum
- **Penicilline G, Extencilline®, 2,4 millions d'unités, en injection intra-musculaire (8).**
  + Benzatine   dose unique

Question 8 : Quelles mesures prenez-vous pour éviter la dissémination de la maladie ? (8)

- **Abstinence ou rapports protégés (4)** jusqu'à guérison
- **Traitement systématique des partenaires (4)** par Extencilline® 2,4 MU en IM
- ~~La déclaration anonyme obligatoire n'est plus en vigueur.~~

déclaration obligatoire nominative { nominative à ... syndrome ... diphtérie tuberculose | VIH actuellement } déclaration obligatoire mais ANONYME

Question 9 : Quel est le meilleur examen biologique pour suivre l'évolution ? (6)

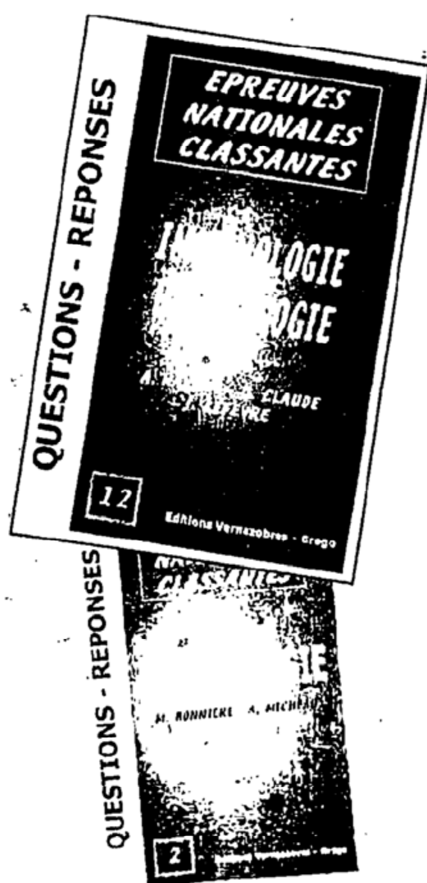
VDRL (6)	le taux est divisé par 4 à 3 mois divisé par 16 à 6 mois

Collection Questions & Réponses

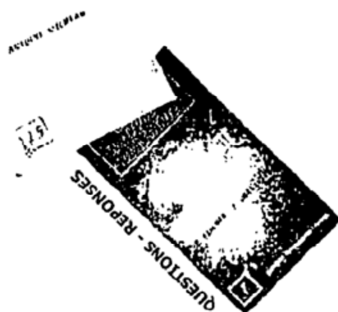
Nouvelle édition 2004

---

une collection de 26 volumes couvrant tout le programme, au prix unitaire de 9 €



- Cardiologie
- Pneumologie
- Gynécologie
- Dermatologie
- Psychiatrie
- Pédiatrie
- Endrocrinologie nutrition
- Cancérologie
- Rhumatologie
- Opthalmologie - Stomatologie
- Hématologie
- Module 1
- Module 9
- Hématologie Immunologie
- Urologie néphrologie
- Neurologie
- Maladies infectieuses
- Orthopédie
- Santé publique
- Médecine légale - Travail - Toxico
- O.R.L. Génétique
- Urgences
- Hépato - Gastro - Entéro
- Modules 4-5-6
- Module 10
- Module 3
- Module 11 T2
- Module 11 T1





Indispensable pour réussir l'internat !

DOSSIER 30

Mademoiselle V., 37 ans, célibataire, vous consulte pour une éruption apparue depuis 8 jours. Elle ne présente pas d'antécédents particuliers en dehors d'une dépression traitée par Seropram® depuis 3 ans. Il s'agit de lésions indolores, non prurigineuses, multiples, siégeant au niveau du front, du menton, du décolleté, des cuisses, des avant-bras et des paumes des mains (voir photo ci-dessous).



L'examen retrouve des micropolyadénopathies, une fébricule à 37,5-38°C, des céphalées. L'interrogatoire apprend qu'elle a eu une angine 3 mois auparavant traitée par Locabiotal. Elle affirme que ses lésions sont apparues au lendemain d'un plantureux repas en famille et elle soupçonne avant tout un maquereau au vin blanc. Elle n'a aucun antécédent dermatologique familial ou personnel. Elle vous apporte le résultat d'une biopsie d'une papule de cuisse : sous un épiderme d'épaisseur normale, on observe un infiltrat périvacsulaire du derme superficiel, polymorphe, comportant de nombreux plasmocytes. Le reste du compte-rendu a malheureusement été déchiré.

Question 1 : Quel diagnostic portez-vous ? Citez les éléments cliniques et para-cliniques que vous rassemblez en faveur de ce diagnostic ?

Question 2 : Que recherchez-vous dans le reste de votre examen clinique ?

Question 3 : Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Question 4 : Quelles seront vos mesures thérapeutiques ?

Question 5 : Votre conduite à tenir aurait-elle été différente si la patiente avait été séropositive pour le VIH avec un taux de CD4 à 180/mm^3 ? Justifiez.

REPONSES DOSSIER SYPHILIS SECONDAIRE

Question 1 : Quel diagnostic portez-vous ? Citez les éléments cliniques et para-cliniques que vous rassemblez en faveur de ce diagnostic ? (20)

- **SYPHILIS SECONDAIRE (10)**
  - Clinique :
    - → terrain : femme célibataire
    - → notion de contage : **angine il y a 3 mois possiblement dûe à un chancre pharyngé (2)**
    - → **papules érythémato-squameuses (2), indolores (2)**
    - → localisation des lésions cutanées : paumes des mains (5) ++, cou, tronc
    - → micropolyadénopathies
    - → syndrome pseudo-grippal : fébricule, céphalées
  - Paraclinique :
    - → biopsie de peau : **présence de plasmocytes (2).**

Question 2 : Que recherchez-vous dans le reste de votre examen clinique ? (10)

- Lésions des muqueuses : **plaques fauchées (2), syphilides papulo-érosives (2)**
  Super contagieux
- **Alopécie (2)** en clairière
- **Hépatosplénomégalie (2)**
- Atteinte des os longs (ostéite avec périostite)
- Syndrome méningé
- **Protéinurie en rapport avec une glomérulonéphrite extra-membraneuse (2).**

Question 3 : Quels examens complémentaires demandez-vous ? (28)

- **Prélèvements locaux** (4) d'éventuelles lésions érosives avec examen direct au **microscope à fond noir (4)**
- **Sérologies TPHA-VDRL (4)** + Fta-abs
- Bilan MST : prélèvements génitaux (4) avec recherche de gonocoques, mycoplasme et trichomonas vaginalis, sérologies **chlamydia (4), hépatite B (4), VIH (4 avec accord du patient).**

N.B. : on réalise une ponction lombaire à la recherche d'une neuro-syphilis si contamination syphilitique supérieure à 1 an.

Question 4 : Quelles seront vos mesures thérapeutiques ? **(24)**

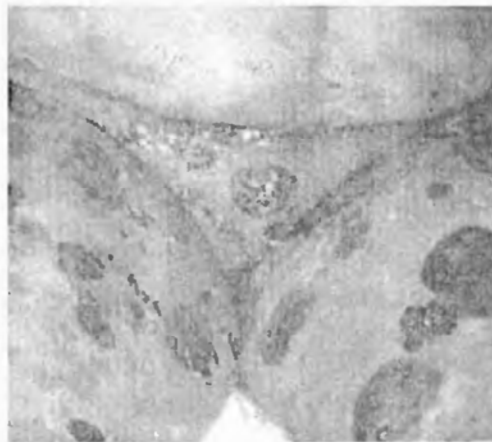
- Antibiothérapie **Pénicilline G Extencilline® 2,4 millions d'unités (8)** (1,2 en IM dans chaque fesse) une seule fois car infection inférieure à 1 an (3 fois si supérieur à 1 an)
- **Prévention de la réaction d'Herxheimer** (8) (due à la lyse brutale des Tréponèmes) par Prednisone® 0,5 mg/kg/j pendant 3 jours
- **Traitement des sujets contacts** (4)
- **Surveillance quantitative** (4) du VDRL aux 3ème, 6ème et 12ème mois.

Question 5 : Votre conduite à tenir aurait-elle été différente si la patiente avait été séropositive pour le VIH avec un taux de CD4 à $180/mm^3$? Justifiez. **(18)**

- **OUI (6)**
- Sur le plan diagnostique, réaliser une **ponction lombaire (6)**
- Sur le plan thérapeutique, protocole **renforcé Extencilline® ~~2,4~~ 4,2 MU en IM par semaine pendant 3 semaines (6)**
- A cause du risque de développer une neuro-syphilis.

DOSSIER 31

Une femme de 75 ans, d'origine antillaise, vient à votre consultation à l'occasion d'un voyage en métropole car elle présente depuis 3 mois une éruption cutanée polymorphe. Dans ses antécédents, on note une HTA traitée depuis 2 ans par l'association hydrochlorotiazide-spironolactone. Elle vous parle également d'antécédent de dépression sévère. A l'examen, vous notez effectivement des lésions eczématiformes et des érosions sur les faces internes des cuisses, le thorax, le dos et les membres inférieurs, ainsi que des décollements bulleux tendus, certains hémorragiques (voir photo ci-dessous). Les muqueuses sont indemnes.



Vous pratiquez une biopsie cutanée avec immunofluorescence directe pour progresser dans le diagnostic.

Question 1 : Quel est le diagnostic le plus probable de cette dermatose bulleuse ? Quels sont vos arguments cliniques ?

Question 2 : Quelle est l'origine de cette pathologie ?

Question 3 : Quels seront les résultats de l'examen histologique et de l'IFD dans cette hypothèse ?

Question 4 : Un élément d'interrogatoire fondamental manque dans cette observation, lequel ?

Question 5 : Deux examens sanguins peuvent vous aider à étayer votre diagnostic. Lesquels ?

Question 6 : Une manœuvre clinique manque à l'examen. Laquelle ? Quel en serait le résultat probable ?

Question 7 : Quel traitement de fond allez-vous choisir ? Quelles précautions allez-vous observer avant de débuter votre traitement ?

REPONSES DOSSIER PEMPHIGOIDE BULLEUSE

Question 1 : Quel est le diagnostic le plus probable de cette dermatose bulleuse ? Quels sont vos arguments cliniques ? **(18)**

PEMPHIGOIDE BULLEUSE (10)

- Terrain : femme âgée
- Eruption polymorphe avec **bulles tendues (2)** et érosions post-bulleuses sur **fond de lésions éczématiformes (2)**
- Topographie : **tronc, racine des membres (2)**
- **Absence d'atteinte muqueuse (2)**.

Question 2 : Quelle est l'origine de cette pathologie ? **(10)**

- Origine **auto-immune (2)** avec présence d'**anticorps anti-membrane basale (8)**.

Question 3 : Quels seront les résultats de l'examen histologique et de l'IFD dans cette hypothèse ? **(20)**

- Biopsie : **bulles sous-épidermiques (3), infiltrats d'éosinophiles (3)**
- Immuno-fluorescence : **dépôts linéaires d'Ig G et C3 à la jonction dermo-épidermique (14).**

Question 4 : Un élément d'interrogatoire fondamental manque dans cette observation, lequel ? **(10)**

- L'existence d'un **prurit. (10)**

Question 5 : Deux examens sanguins peuvent vous aider à étayer votre diagnostic. Lesquels ? **(10)**

- NFS : **hyperéosinophilie sanguine (5)**
- Immuno-fluorescence indirecte : **anticorps anti-membrane basale (5)**.

Question 6 : Une manœuvre clinique manque à l'examen. Laquelle ? Quel en serait le résultat probable ? (20)

- **Signe de Nikolsky** (5) : recherche d'un décollement cutané provoqué par le **frottement en peau saine péri-lésionnelle** (5)
- Ici, **il sera négatif (10)** car décollement sous épidermique dans la pemphigoïde bulleuse.

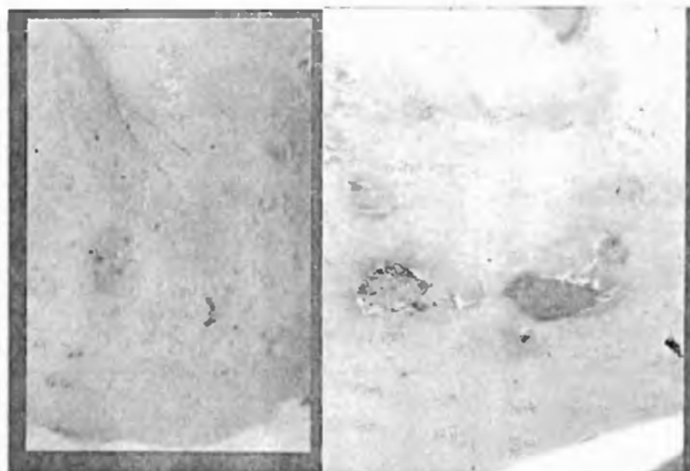
Question 7 : Quel traitement de fond allez-vous choisir ? Quelles précautions allez-vous observer avant de débuter votre traitement ? **(12)**

- **Corticothérapie par voie générale** (6) : Prednisone 1 mg/kg/j jusqu'à ce que n'apparaissent plus de nouvelles bulles puis diminution progressive
- Précautions : surveillance de la tension artérielle, **traitement systématique de l'anguillulose** (2) (quel que soit l'examen parasitologique des selles) par Ivermectine Stromectol® 200 microgrammes/kg en une prise, **IDR et radiographie pulmonaire** (2), surveillance psychiatrique d'une éventuelle décompensation maniaque, **régime sans sel avec supplémentation en potassium/calcium et vitamine D** (2), pauvre en sucres rapides.

DOSSIER 32

Une femme de 60 ans souffre depuis 4 mois d'érosions buccales chroniques, gênant l'alimentation, et non améliorées par divers traitements locaux (antiseptiques, antifongiques et corticoïdes). Elle a pour antécédent principal une hypertension artérielle. Depuis 15 jours sont apparues des lésions cutanées qui motivent la consultation.

A l'examen, la face interne des joues et les gencives sont le siège d'érosions irrégulières, à fond érythémateux, bordées par une collerette.



Sur la peau, on note des érosions et des croûtes siégeant de manière diffuse sur le visage et le corps (voir photo ci-dessous). Il existe aussi quelques bulles flasques.

Le bilan biologique est normal (NFS, ionogramme sanguin, créatininémie, glycémie et bilan hépatique). Le prélèvement bactériologique du liquide de bulle est négatif. Une histologie standard d'une bulle cutanée conclut à une bulle intra-épidermique avec un clivage supra-basal.

Question 1 : Quel est le diagnostic le plus probable de cette dermatose bulleuse ?

Question 2 : Quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques plaidant pour votre hypothèse ?

Question 3 : Quelle manœuvre clinique indispensable a été omise à l'examen de cette patiente ?

Question 4 : Dans quelle (s) autre (s) pathologie (s) cette manœuvre donne-t-elle le même résultat qu'ici ?

Question 5 : Quel (s) examen (s) paraclinique (s) réalisez-vous pour conforter votre hypothèse ?

Question 6 : Quelle (s) prise (s) médicamenteuse (s) recherchez-vous dans ce contexte ?

REPONSES DOSSIER PEMPHIGUS VULGAIRE

Question 1 : Quel est le diagnostic le plus probable de cette dermatose bulleuse ? (20)

PEMPHIGUS VULGAIRE (20)

Question 2 : Quels sont les arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques plaidant pour votre hypothèse ? (15)

- Début par une **atteinte muqueuse (3)** : érosions buccales
- **Absence de prurit +++ (3)**
- Eruption constituée de bulles flasques et d'**érosions post-bulleuses en peau saine ++ (3)**
- Biologie : **pas d'hyper-éosinophilie** (3)
- Histologie : **décollement supra-basal** (3).

Question 3 : Quelle manœuvre clinique indispensable a été omise à l'examen de cette patiente ? (20)

- **Manœuvre de Nikolsky** (5) : recherche d'un décollement cutané provoqué par le **frottement cutané en peau saine péri-bulleuse** (5), **positif (10)** ici car bulle intra-épidermique.

Question 4 : Dans quelle (s) autre (s) pathologie (s) cette manœuvre donne-t-elle le même résultat qu'ici ? (16)

- **Syndrome de Lyell (8)**
- **Epidermolyse staphylococcique (8).**

Question 5 : Quel (s) examen (s) paraclinique (s) réalisez-vous pour conforter votre hypothèse ? (16)

- **Cytodiagnostic de Tzanck** (3) mettant en évidence des **cellules acantholytiques** (3)
- Immuno-fluorescence directe : mise en évidence d'**anticorps Ig G et C3 en « maille de filet » au niveau des membranes cytoplasmiques** (10) des kératinocytes
- Immuno-flurescence indirecte : dosage quantitatif des anticorps anti-substance intercellulaire.

Question 6 : Quelle (s) prise (s) médicamenteuse (s) recherchez-vous dans ce contexte ? (13)

Inhibiteur de l'enzyme de conversion (13) en particulier captopril : Lopril® car c'est un anti-hypertenseur pouvant induire un pemphigus.

DOSSIER 33

Un homme de 40 ans est hospitalisé pour une fièvre s'accompagnant d'une atteinte muqueuse et d'un érythème cutané. Ce patient n'a pas d'antécédents particuliers en dehors d'un tabagisme à 35 paquets/années et d'une spondylarthrite ankylosante traitée par Mobic® (meloxicam).

A l'examen, la température est de 40°C, l'état général est altéré. Il existe un érythème en nappes avec par endroits de vastes érosions suintantes (voir photo ci-dessous). Le signe de Nikolsky est positif. Les lèvres et la bouche sont couvertes d'érosions douloureuses empêchant toute alimentation. Enfin, il exite une conjonctivite bilatérale.

Les prélèvements bactériologiques cutanés sont négatifs, la radiographie pulmonaire est normale et la biopsie cutanée révèle un épiderme nécrotique sur toute sa hauteur avec infiltrat inflammatoire du derme non spécifique. La biologie montre GB = 2 200 ; plaquettes = 100 000 ; ionogramme sanguin et glycémie normaux.



Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Argumentez.

Question 2 : Citez 2 autres classes médicamenteuses pouvant occasionner une telle pathologie.

Question 3 : Quelles sont les principales complications immédiates (en dehors des anomalies biologiques) ?

Question 4 : Quel est le principal type de séquelles de cette pathologie ?

Question 5 : Quels sont les principes du traitement général ?

Question 6 : Quels sont les principes des soins locaux ?

REPONSES DOSSIER SYNDROME DE LYELL

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? Argumentez. **(30)**

- **SYNDROME DE LYELL (15)**
- Terrain : homme **traité par un AINS** (3) de la classe des oxicams, pourvoyeur de syndrome de Lyell
- Clinique :
  - **Altération de l'état général** (3) avec fièvre élevée
  - Erythème diffus avec **érosions probablement post-bulleuses** (3)
  - **Signe de Nikolsky positif** (3)
  - **Atteinte muqueuse** (3) associée.

Question 2 : Citez 2 autres classes médicamenteuses pouvant occasionner une telle pathologie. **(10)**

- **Sulfamides** (5)
- **Antiépileptiques** (5).

Question 3 : Quelles sont les principales complications immédiates (en dehors des anomalies biologiques) ? **(20)**

- **Septicémie** (5)
- Pertes volémiques hydro-électrolytiques avec **risques de déshydratation et d'insuffisance rénale** (5)
- Atteinte broncho-pulmonaire et **digestive par nécrose épithéliale** (5)
- **Dénutrition** (5).

Question 4 : Quel est le principal type de séquelles de cette pathologie ? **(10)**

Séquelles oculaires (10) : syndrome sec, synéchies.

Question 5 : Quels sont les principes du traitement général ? **(18)**

- **Hospitalisation d'urgence** (2) dans une unité de soins intensifs pronostic vital en jeu
- **Arrêt immédiat et définitif du médicament incriminé (2 PMZ)**
- Mise en condition : **voie veineuse en peau saine** (2), sonde urinaire, sonde gastrique, monitorage (pouls, TA, saturation)
- **Correction des perturbations hydro-électrolytiques** (2)
- Prévention de la dénutrition par **nutrition entérale** (2)
- Traitement de la douleur par administration continue d'**antalgiques IV** (2) complétée par des bolus lors des soins cutanés
- Prévention des **complications thrombo-emboliques** (2)
- Prévention des **ulcères du stress (2)**
- Prévention des infections : **règles d'hygiène strictes, secteur d'isolement** (2).

Question 6 : Quels sont les principes des soins locaux ? **(12)**

- **Lit fluidisé** (2)
- Prévention des infections cutanées : secteur d'**isolement** (2), règles d'**hygiènes strictes** (2)
- Soins **antiseptiques cutanés (2)** par chlorexidine puis pansements gras stériles
- **Soins antiseptiques muqueux par bains de bouche (2)**
- **Soins oculaires** (2 PMZ) : collyre antiseptique, passer un batonnet dans les culs-de-sac conjonctivaux, pommade à la vitamine A la nuit.

DOSSIER 34

Une jeune femme de 32 ans présente depuis 2 jours une éruption des genoux, des avant-bras, des jambes, des paumes et des plantes (voir photo ci-dessous). Ces lésions cutanées ne sont pas prurigineuses.



Vous constatez aussi à l'examen une conjonctivite et des érosions des lèvres. Le reste de l'examen est sans particularité. Vous retrouvez à l'interrogatoire plusieurs poussées identiques au retour des sports d'hiver.

Question 1 : Comment appelle-t-on ces lésions cutanées ?

Question 2 : Quel est le diagnostic le plus probable ? Argumentez.

Question 3 : Quelle est l'étiologie la plus probable ?

Question 4 : Quel (s) est (sont) votre (vos) examen (s) complémentaire (s) ?

Question 5 : Quelle est l'évolution habituelle de cette affection ?

Question 6 : Quel est votre traitement ?

REPONSES DOSSIER ERYTHEME POLYMORPHE

Question 1 : Comment appelle-t-on ces lésions cutanées ? (15)

Lésions en **COCARDE (15)**

Question 2 : Quel est le diagnostic le plus probable ? Argumentez. (25)

- **ERYTHEME POLYMORPHE (15)** notamment devant :
  - Lésion cutanée caractéristique en « cocarde »
  - Atteinte symétrique avec **prédilection pour les extrémités (5)** +++ : paumes et plantes
  - **Lésions muqueuses (5)** : buccale +++, conjonctivale.

Question 3 : Quelle est l'étiologie la plus probable ? (15)

Erythème polymorphe d'**origine HERPETIQUE (15)** devant la notion de récidive après exposition solaire (sports d'hiver).

Question 4 : Quel (s) est (sont) votre (vos) examen (s) complémentaire (s) ? **(15)**

- **Aucun examen complémentaire (15)** n'est à réaliser
- Le diagnostic repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique.

Question 5 : Quelle est l'évolution habituelle de cette affection ? **(10)**

- Evolution **SPONTANEMENT FAVORABLE (5)** en quelques jours
- Risque de **RECIDIVE (5)** en cas de recurrence herpétique.

Question 6 : Quel est votre traitement ? (20)

- **Traitement symptomatique (5)**
- **Soins oculaires : sérum physiologique, collyre antiseptique (5)**
- Traitement préventif des récurrences herpétiques : conseiller une **photoprotection externe (5)** (crème et stick labial) en cas d'exposition solaire, traitement anti-rétroviral **si au moins 6 récurrences douloureuses et/ou gênantes professionnellement : Zélitrex® 500 1cp/j ou Zovirax®** (5) 200 2 cp 2 fois/j pour 6 mois avec réévaluation périodique.

DOSSIER 35

Lors de votre première garde en tant qu'interne, une jeune fille de 20 ans consulte pour une nouvelle poussée de cystite aux urgences de Nîmes, lieu de ses vacances d'été. A l'interrogatoire, vous retrouvez dans ses antécédents une éruption suite à la prise d'ampicilline lors d'une primo-infection mononucléosique, ainsi qu'une contraception orale depuis 3 mois. Elle raconte aussi qu'elle a eu de nombreux traitements à visée urinaire sans effet. Vous décidez de lui prescrire du Bactrim® par voie générale pour une durée de 1 mois. Dix jours plus tard, elle reconsulte pour un éxanthème maculo-papuleux survenu depuis 48 heures. Elle a pris du paracétamol en même temps que l'éruption pour un syndrome fébrile. Vous suspectez une toxidermie.

Question 1 : Quel médicament incriminez-vous ? Justifiez.

Question 2 : Devant une toxidermie, quels sont les signes de gravité à rechercher ?

Question 3 : La patiente doit-elle être considérée comme allergique aux β lactamines ?

Question 4 : Après guérison de l'éruption, vous prescrivez un traitement par fluoroquinolones. Le lendemain soir la patiente revient aux urgences pour un érythème intense du visage, du décolleté, des avant-bras et des jambes. Que diagnostiquez-vous ?

Question 5 : Quel est l'effet indésirable spécifique des fluoroquinolones ?

REPONSES DOSSIER TOXIDERMIE

Question 1 : Quel médicament incriminez-vous ? Justifiez. (15)

- On incrimine le **BACTRIM® (10)** car **délai d'apparition compatible de 10 jours (5).** Le délai d'apparition des toxidermies maculo-papuleuses est de 5 à 15 jours
- On n'incrimine pas la pilule car délai trop long, ni le paracétamol car prise contemporaine de l'éruption.

Question 2 : Devant une toxidermie, quels sont les signes de gravité à rechercher ? **(30)**

- **Lésions cutanées étendues (5), œdème du visage (5), fièvre (5)** élevée, adénopathies : font suspecter un **syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse ou DRESS (5)**
- **Lésions vésiculo-bulleuses, érosions muqueuses** : font suspecter un syndrome de **Steven Johnson ou de Lyell (5).**

Question 3 : La patiente doit-elle être considérée comme allergique aux β lactamines ? **(15)**

- NON (15)
- La survenue d'un exanthème à l'ampicilline pendant une MNI n'est pas une allergie et ne contre-indique pas l'ampicilline ni les autres β lactamines.

Question 4 : Après guérison de l'éruption, vous prescrivez un traitement par fluoroquinolones. Le lendemain soir la patiente revient aux urgences pour un érythème intense du visage, du décolleté, des avant-bras et des jambes. Que diagnostiquez-vous ? **(20)**

PHOTOSENSIBILITE médicamenteuse (20), probablement phototoxicité plutôt que photo-allergie car lésions strictement localisées aux régions exposées.

Question 5 : Quel est l'effet indésirable spécifique des fluoroquinolones ? **(20)**

TENDINOPATHIE achilléenne avec risque de rupture (20).

DOSSIER 36

Une femme de 28 ans consulte pour une dermatose érythémato-squameuse datant de l'enfance. Dès l'âge de 12 ans, période où elle a eu des problèmes scolaires secondaires eux-mêmes à des problèmes familiaux (décès des grands-parents), elle a présenté plusieurs poussées constituées de plaques érythémato-squameuses de la taille d'une pièce de 2 euros sur la face d'extension des coudes et des genoux et dans la région lombaire. Elle est par ailleurs traitée pour un trouble de l'humeur bipolaire depuis 1 mois. A l'examen dermatologique, on constate, en plus des lésions précédentes, des lésions des paumes des mains (voir photo ci-dessous). Enfin, depuis 1 an, elle présente des douleurs à la fois diurnes et nocturnes des genoux et des doigts, les interphalangiennes distales semblant préférentiellement touchées.

Question 1 : Quel (s) diagnostic (s) pouvez-vous porter ? Argumentez.

Question 2 : Quel élément de l'anamnèse peut-il expliquer la récente poussée ?

Question 3 : A l'adolescence, son médecin traitant de l'époque aurait proposé un examen histologique pour confirmer le diagnostic. Qu'en pensez-vous ? Que montrerait-elle si vous la réalisiez ?

Question 4 : Vous décidez d'un traitement par Acitrétine (Soriatane®). Sur quelles manifestations cliniques ce traitement agit-il ?

Question 5 : Quelles précautions devez-vous prendre si vous décidez d'instaurer chez cette patiente un traitement par Acitrétine ?

Question 6 : En l'absence d'efficacité du traitement précedent, vous décidez d'instituer un traitement par méthotrexate (Methotrexate®). Quels en sont les effets indésirables ?

REPONSES DOSSIER PSORIASIS

Question 1 : Quel (s) diagnostic (s) pouvez-vous porter ? Argumentez. (36)

- **PSORIASIS (5)** associé à une **PUSTULOSE PALMO-PLANTAIRE (5)** et un **RHUMATISME PSORIASIQUE (5)**
- En faveur du psoriasis : lésions **érythémato-squameuses (4)** de **topographie typique (4)** (coudes, genoux, lombes) évoluant par poussées, début suite à un **traumatisme psychologique (4)**
- En faveur de la pustulose palmo-plantaire : **pustules brunâtres des paumes des mains (3)**
- En faveur du rhumatisme psoriasique : **arthralgies inflammatoires (3)**, asymétriques, prédominant aux **interphalangiennes distales (3)**.

Question 2 : Quel élément de l'anamnèse peut-il expliquer la récente poussée ? (8)

- La probable **prise de Lithium (8)** depuis 1 mois dans le traitement du trouble de l'humeur.

N.B. : les autres principaux médicaments inducteurs de poussées sont : bêta-bloquants, anti-paludéens de synthèse, anti-inflammatoires non stéroïdiens, arrêt d'une corticothérapie générale, interféron, IEC.

Question 3 : A l'adolescence, son médecin traitant de l'époque aurait proposé un examen histologique pour confirmer le diagnostic. Qu'en pensez-vous ? Que montrerait-elle si vous la réalisiez ? (20)

- **Aucune indication (4)** car aspect clinique suffisamment évocateur
- Histologie : **hyperkératose (4)** avec **parakératose (4), agranulose (4)** (absence de la couche granuleuse), hyperacanthose, **microabcès de Munro Sabouraud (4)**, papillomatose.

Question 4 : Vous décidez d'un traitement par Acitrétine (Soriatane®). Sur quelles manifestations cliniques ce traitement agit-il ? (6)

- **MANIFESTATIONS CUTANEES (6)** : lésions érythémato-squameuses, pustulose palmo-plantaires
- Pas sur le rhumatisme.

Question 5 : Quelles précautions devez-vous prendre si vous décidez d'instaurer chez cette patiente un traitement par Acitrétine ? (20)

- Vérifier l'absence de **contre-indication** :

  1-Grossesse : **date des dernières règles, test de grossesse (bêta HCG) (4 PMZ)**

  2-**Dyslipidémie (3)**

  3-**Insuffisance hépatique et hépatopathie (3)** (alcool)

  4-**Insuffisance rénale (3)** (avancée)
- Réaliser systématiquement un bilan biologique B-HCG, transaminases, phosphatases alcalines, gamma GT, urée, créatinémie, cholestérol, triglycérides
- **Prévenir du risque TERATOGENE (3)**
- Prévenir des effets secondaires et les corriger : xérose cutanée et sécheresse muqueuse en particulier chéilite
- **Contraception obligatoire (2)** efficace débutée 1 mois avant le traitement et poursuivie **au moins 2 ans après l'arrêt du médicament (2)**
- Adjoindre un traitement du rhumatisme psoriasique.

Question 6 : En l'absence d'efficacité du traitement précedent, vous décidez d'instituer un traitement par méthotrexate (Methotrexate®). Quels en sont les effets indésirables ? (10)

- **Tératogène (2)**
- **Toxicité hépatique (2)** : fibrose et cirrhose doses-dépendantes
- **Toxicité pulmonaire aiguë (2)** (pneumopathie) ou chronique (fibrose)
- **Toxicité hématologique (2)** : leucopénie, anémie, thrombopénie
- **Troubles digestifs (2).**

DOSSIER 37

Une femme de 70 ans est adressée par SOS médecin aux urgences de l'hôpital où vous effectuez votre première garde en tant qu'interne pour un épisode aigu de grosse jambe rouge douloureuse à gauche associée à une hyperthermie à 39,5°C.

Dans les antécédents de cette patiente, on retrouve une surcharge pondérale (75 kg pour 1,58 m), un diabète non insulino-dépendant traité par biguanides, ainsi qu'un ulcère de la jambe gauche qu'elle soigne elle-même.

A l'examen, la température est à 39°C, la tension artérielle est à 14/8. Vous observez un ulcère de 4 cm de diamètre sus-malléolaire interne à bord propre et régulier, dont le fond est rouge et peu creusant. La peau péri-ulcéreuse a un aspect érythémato-squameux prurigineux. Il existe un placard inflammatoire bien limité des faces postérieure et interne de la jambe gauche associé à une adénopathie inguinale douloureuse homolatérale, un œdème malléolaire bilatéral et trois paquets variqueux dans le territoire de la veine saphène interne gauche. Tous les pouls sont retrouvés.

Question 1 : Quels sont les trois principaux diagnostics dermatologiques que vous évoquez chez cette malade ?

Question 2 : Quel est le bilan que vous demandez en urgence ?

Question 3 : Quels sont les signes de gravité à rechercher systématiquement ?

Question 4 : Quelles sont les grandes lignes de votre traitement durant les 24 heures à venir ?

Question 5 : Que pourrez-vous proposer en cas de bourgeonnement cutané excessif après ces soins ?

REPONSES DOSSIER ULCERE VEINEUX

Question 1 : Quels sont les trois principaux diagnostics dermatologiques que vous évoquez chez cette malade ? (21)

1-ULCERE VEINEUX (7)

- Terrain : femme de 70 ans, varices des membres inférieurs
- Caractéristiques d'ulcère : unique, malléolaire interne, de grande taille, à bords propres, peu douloureux
- Présence des pouls périphériques.

2-ECZEMA DE CONTACT PERI-ULCEREUX (7)

- Auto-médication
- Prurit
- Aspect érythémato-squameux péri-ulcéreux.

3-ERYSIPELE DE LA JAMBE GAUCHE (7)

- Terrain : femme âgée, obèse
- Porte d'entrée : ulcère de jambe
- Syndrome infectieux
- Grosse jambe rouge aiguë
- Adénopathie inguinale homolatérale.

Question 2 : Quel est le bilan que vous demandez en urgence ? (12)

1-Bilan biologique : **NFS plaquettes (2)**, VS, TP, TCA, Groupe, Rhésus, RAI, glycémie, ionogramme sanguin, urée, créatinémie, protidémie

2-Bilan bactériologique : **hémocultures, ECBU (3)**

3-ECG, radio pulmonaire (3)

4-Echo-doppler veineux des membres inférieurs (4).

Question 3 : Quels sont les signes de gravité à rechercher systématiquement ? (19)

- Signes en faveur d'une **CELLULITE NECROSANTE** (5):
- Signes locaux de nécrose : douleur intense, **décollements bulleux** (5), coloration bleuâtre, **hypoesthésie** (3), lésions nécrotiques
- Signes généraux de choc : polypnée, tachycardie, **hypotension** (3), oligurie, **troubles de la conscience** (3).

N.B. : si doute diagnostic, IRM de la jambe en urgence.

Question 4 : Quelles sont les grandes lignes de votre traitement durant les 24 heures à venir ? (32)

- Hospitalisation en service de médecine en **urgence** (3)
- Voie veineuse périphérique, **rééquilibration hydroélectrolytique** (3)
- **Arrêt des biguanides, insulinothérapie intraveineuse à adapter aux glycémies** (3)
- Repos au lit
- **Antibiothérapie antistreptococcique** (3) (bactéricide) **Pénicilline G** (3) 12 millions UI en perfusion continue puis **relais per os par Amoxicilline Clamoxyl®** à 48 heures d'apyrexie pour une durée de **3 semaines** (3)
- **Soins locaux** (2) : nettoyage au sérum physiologique, détersion mécanique au bistouri ou à la curette, bourgeonnement par pansements gras, dermocorticoïdes sur la peau péri-ulcéreuse
- **Antalgiques** (3) (AINS contre-indiqués +++)
- **HBPM à doses préventives** (3)
- **Prophylaxie du tétanos** (3)
- **Surveillance** (3) locale et générale [illegible]
- A distance : correction de la surcharge pondérale, éviter la station debout prolongée, traitement de la maladie variqueuse. (bas de contention)

Question 5 : Que pourrez-vous proposer en cas de bourgeonnement cutané excessif après ces soins ? (16)

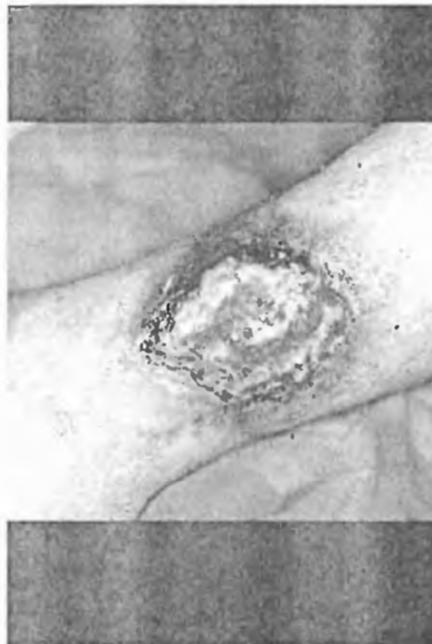
- Nitrate d'argent au crayon (8)
- Dermocorticoïdes. (8)

DOSSIER 38

Une femme de 70 ans est adressée par son médecin traitant pour un ulcère de jambe douloureux évolutif.

Dans ses antécédents, on retrouve une hypertension artérielle traitée par Nicardipine, un infarctus du myocarde il y a 3 ans, un diabète mal surveillé et un régime antidiabétique mal suivi. Par ailleurs, on observe une obésité morbide. Pas d'antécédent de varices ni de phlébites.

L'interrogatoire vous apprend qu'à la suite d'un choc minime, une plaque érythémato-purpurique douloureuse s'est formée sur la face externe de la jambe droite, devenant rapidement noirâtre et nécrotique, laissant place à une ulcération encore plus douloureuse (douleurs « atroces » selon la malade). A l'examen clinique, on trouve en effet un ulcère visible sur la photographie ci-dessous. Les pouls périphériques sont tous perçus. La tension artérielle est à 180/115 ; apyrétique ; glycémie capillaire = 12 mmol/l à la bandelette urinaire traces d'albumine.



Question 1 : Quel est votre diagnostic ?

Question 2 : Quelle en est le processus physiopathologique ?

Question 3 : Quels examens complémentaires demandez-vous ? Pourquoi ?

Question 4 : Comment va évoluer la lésion ?

Question 5 : Quels sont les éléments du traitement ?

REPONSES DOSSIER ANGIODERMITE NECROTIQUE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? (15)

ANGIODERMITE NECROSANTE (15)
Sont évocateurs : +++
- Terrain : sexe, âge, HTA, diabète +++
- Localisé à la jambe : caractère suspendu
- Signes négatifs : pouls périphériques perçus, pas de signes d'insuffisance veineuse.

Question 2 : Quelle en est le processus physiopathologique ? (10)

- **ARTERIOSCLEROSE** (5) due à l'**HYPERTENSION ARTERIELLE** (5) instable.

Question 3 : Quels examens demandez-vous ? Pourquoi ? (25)

- **Bilan de l'HTA et du diabète +++ (10)** : radio du thorax, **ECG (3), échographie cardiaque (3), écho-doppler artériel, examen ophtalmologique avec fond d'œil (3)** et angiographie à la fluorescéine, **fonction rénale (3)** (ionogramme sanguin, urée, créatininémie), **hémoglobine glycosylée (3)**, protéinurie des 24 h, HLM, ECBU.

= Compte d'Addis = hématies, leucocytes minute

Question 4 : Comment va évoluer la lésion ? (15)

- Une phase d'**extension initiale** (5)
- Une **cicatrisation lente mais constante** (5)
- Des **récidives fréquentes. (5)**

Question 5 : Quels sont les éléments du traitement ? (35)

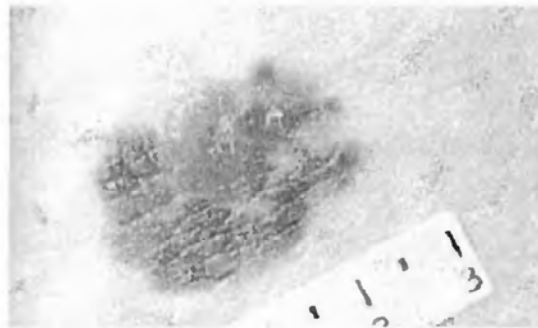
- **Hospitalisation** (5)
- **Repos au lit** (5)
- Traitement étiologique ++++ : **contrôle de l'HTA (10)** +++, équilibration du diabète
- Traitement **local de l'ulcère (5)** : nettoyage, détersion mécanique, pansement gras pour obtenir le bourgeonnement +/- greffes cutanées en pastille (à visée antalgique)
- **Traitement antalgique** (5)
- **Prophylaxie du tétanos** (5).

DOSSIER 39

Une jeune femme de 28 ans est adressée à votre consultation dermatologique pour modification d'un de ses grains de beauté sur la jambe droite.

L'interrogatoire vous apprend que la lésion a augmenté progressivement de taille avec une modification récente de son aspect.

A l'examen, il s'agit d'une lésion polychrome de 1 cm sur 2 cm à centre noir en relief, à bordure polycyclique, ayant récemment saigné après un petit traumatisme.



Question 1 : Quel diagnostic portez-vous à priori sur la lésion de la jambe droite ?

Question 2 : Quels facteurs de risque recherchez-vous ?

Question 3 : Quels sont les éléments dans cette observation en faveur d'une lésion maligne ?

Question 4 : Quels sont les différents types anatomo-cliniques de cette pathologie ?

Question 5 : Comment confirmez-vous votre diagnostic ?

Question 6 : Quel bilan d'extension effectuez-vous ?

Question 7 : Le diagnostic est confirmé et le bilan précédent est normal. Quel traitement effectuez-vous ?

Question 8 : En dehors des complications liées à la lésion initiale, quel risque important doit être dépisté chez cette patiente ?

REPONSES DOSSIER MELANOME

Question 1 : Quel diagnostic portez-vous à priori sur la lésion de la jambe droite ? **(13)**

- **MELANOME (10)** à extension superficiel ou SSM de la **jambe droite** (3).

Question 2 : Quels facteurs de risque recherchez-vous ? **(5)**

- Acquis
  - **Exposition solaire (5)**
  - Surtout si intense (coup de soleil ++), intermittente (vacances ++) dans l'enfance (avant 15 ans ++).

Question 3 : Quels sont les éléments dans cette observation en faveur d'une lésion maligne ? **(18)**

- **Asymétrie** (3)
- **Bords irréguliers encochés** (3)
- **Couleur hétérogène** (3)
- **Diamètre supérieur à 6 mm** (3)
- **Extension de taille** (3)
- **Infiltration** (3)
- **Saignement.** (3)

Question 4 : Quels sont les différents types anatomo-cliniques de cette pathologie ? **(15)**

- Mélanome à extension superficielle ou SSM (le plus fréquent)
- **Mélanome nodulaire** (3)
- **Mélanome de Dubreuilh** (3)
- **Mélanome lentigineuse acral** (3)
- **Constitutionnels (3) :**
  - ATCD personnel ou familial de mélanome
  - Phototype clair : cheveux roux / blonds, éphélides (tâches de rousseur), incapacité à bronzer
  - Syndrome de « **nævus dysplasiques** » (3) : nævus nombreux, de grande taille, d'aspect atypique.

Question 5 : Comment confirmez-vous votre diagnostic ? (15)

EXERESE (10) de la lésion avec **EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE** (5).

Question 6 : Quel bilan d'extension effectuez-vous ? (9)

- **Bilan clinique :**
  - **Examen cutané (2)** : recherche de métastases cutanées en transit
  - **Palpation des aires ganglionnaires (2)**
  - Signes fonctionnels et physiques de métastases viscérales (foie, poumon, os, cerveau)
- **Examens complémentaires orientés par la clinique (5) :**
  - En l'absence de signes d'appel : pas de nécessité d'examen complémentaire, il est usuel de faire une radio de thorax et une échographie abdominale de référence
  - En cas de signes d'appel, bilan complet : scanner cérébral, thoracique et abdominal, scintigraphie osseuse, bilan hépatique, calcémie.

Question 7 : Le diagnostic est confirmé et le bilan précédent est normal. Quel traitement effectuez-vous ? (15)

REPRISE CHIRURGICALE (10) systématique avec une **MARGE DE SECURITE proportionnelle à l'indice de Breslow (5).**

en f° de

Question 8 : En dehors des complications liées à la lésion initiale, quel risque important doit être dépisté chez cette patiente ? (10)

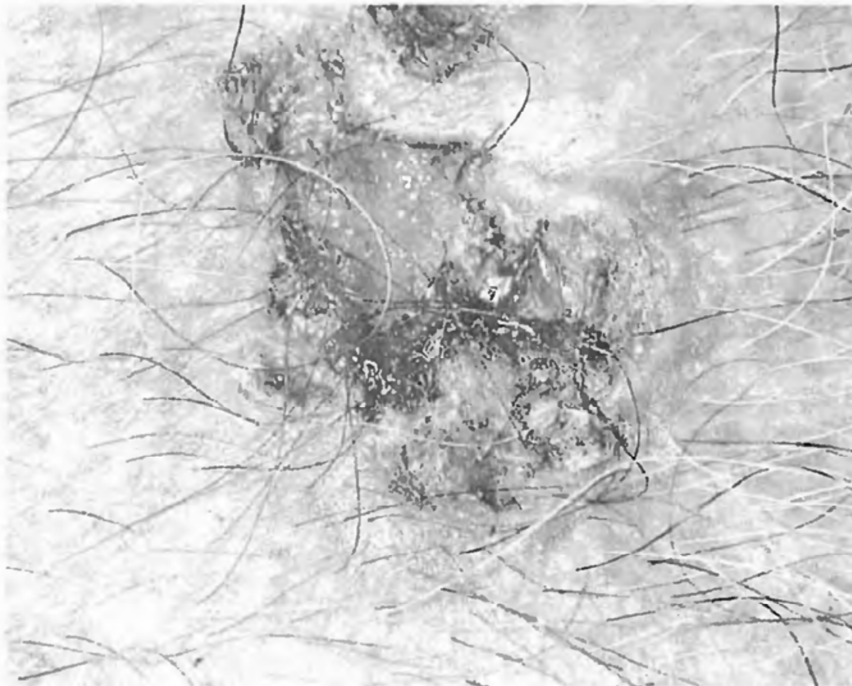
UN DEUXIEME MELANOME (10).

DOSSIER 40

Madame G., 70 ans, est adressée par son médecin traitant pour une lésion du front évoluant depuis 6 mois. Cette patiente a travaillé comme agricultrice jusqu'à l'âge de 65 ans. Elle n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun médicament.

L'examen clinique retrouve une lésion de 2 cm (voir photo ci-dessous). Il existe par ailleurs une petite lésion de la région temporale gauche, arrondie de 1 cm, bien limitée, brun-rouge, dont la surface est hyper-kératosique.

Le reste de l'examen est sans particularité, notamment l'absence d'adénopathies cervicales.



Question 1 : Quel diagnostic portez-vous sur la lésion localisée au front ?

Question 2 : Quel examen complémentaire est nécessaire pour confirmer le diagnostic ? Que montrerait-il ?

Question 3 : Quel est le facteur de risque le plus communément admis pour ce diagnostic ?

Question 4 : Quelles sont les caractéristiques évolutives de ce type de lésion ?

Question 5 : Quel traitement proposez-vous pour cette lésion du front ?

Question 6 : Quel diagnostic proposez-vous pour la plaque temporale gauche ? Quel est son traitement ?

REPONSES DOSSIER CARCINOME BASO-CELLULAIRE

Question 1 : Quel diagnostic portez-vous sur la lésion localisée au front ? (15)

- **CARCINOME BASO-CELLULAIRE** (15) (plan cicatriciel). Arguments en faveur :
  - Terrain : femme âgée, agricultrice
  - Localisation sur une zone photo-exposée (visage)
  - Lésion chronique d'évolution lente
  - Aspect clinique de la lésion : plaque érosive et croûteuse délimitée par un bourrelet perlé ++.

Question 2 : Quel examen complémentaire est nécessaire pour confirmer le diagnostic ? Que montrerait-il ? (22)

- **BIOPSIE CUTANEE** (5) avec **EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE** (5)
- **Prolifération de cellules** (3) se développant à partir de la **couche basale de l'épiderme** (3) et infiltrant le derme, disposées en massifs à limites nettes, dont la couche cellulaire externe a une **orientation palissadique** (3), avec fentes de rétraction entre les lobules tumoraux et le **stroma conjonctif** (3) dermique les entourant
- Cytologie : population cellulaire monomorphe de cellules basaloïdes (rappelant les cellules basales de l'épiderme).

Question 3 : Quel est le facteur de risque le plus communément admis pour ce diagnostic ? (15)

RAYONNEMENTS SOLAIRES ULTRAVIOLETS (15) (UVB +++ et UVA).

Ensoleillement intermittent responsable de 80% des cas — effet direct sur l'ADN — effet indirect par formation de radicaux libres

Question 4 : Quelles sont les caractéristiques évolutives de ce type de lésion ? (16)

- **LENTE** (4)
- **LOCALE** (4) (pas de métastases) mais avec extension possiblement délabrante (ulcus rodens)
- **Risque de récidive** (4)
- Risque de survenue d'**autres carcinomes baso-cellulaires** (4).

Question 5 : Quel traitement proposez-vous pour cette lésion du front ? (20)

- **EXERESE CHIRURGICALE** (10) avec marge de **sécurité de 5 mm (5)**
- **Surveillance clinique** (5) régulière à la recherche d'une récidive ou d'un 2ème carcinome baso-cellulaire. (ts les ans plt 5 ans, idéalement à vie)

Question 6 : Quel diagnostic proposez-vous pour la plaque temporale gauche ? Quel est son traitement ? (12)

- **KERATOSE ACTINIQUE** (6). Arguments en faveur :
  - Terrain : femme âgée
  - Topographie : visage
  - Aspect : plaque bien limitée à surface hyperkératosique
- **Cryothérapie avec vérification de la disparition de la lésion à 1 mois** (2)
- **Protection solaire** (2)
- **Surveillance clinique** (2) régulière (car tendance à la récidive).

1* cryothérapie à l'azote liquide (risque de cicatrice + douloureux)

* ou électrocoagulation
* ou laser CO_2 (efficace mais coûteux) + risque de cicatrice

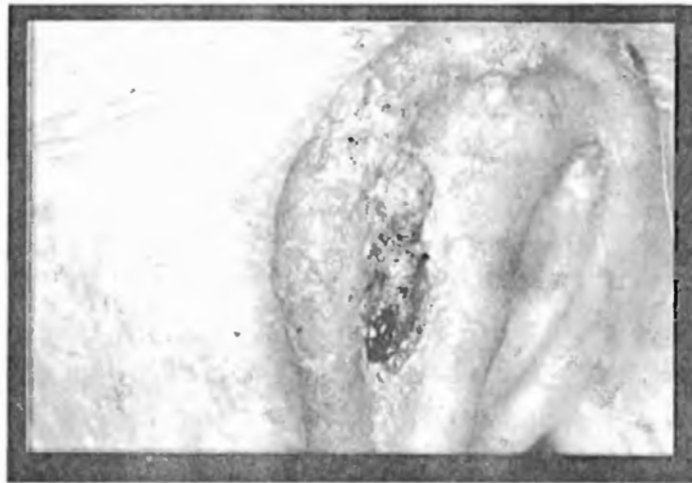
4 possibilités

* application de crème de 5 fluorouracile ou de diclofénac en gel

DOSSIER 41

Un homme de 68 ans, ancien marin, consulte en dermatologie pour une lésion ulcérée au niveau de l'oreille droite. Cet homme ne présente pas d'antécédent particulier et ne prend aucun traitement.

A l'examen, vous retrouvez une lésion infiltrée, indurée et saignant au contact (voir photo ci-dessous). Le reste de l'examen dermatologique retrouve 2 lésions cutanées, rugueuses et hyperkératosiques de l'aile du nez et de la joue droite. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.



Question 1 : Quel diagnostic portez-vous pour la lésion de l'oreille droite ?

Question 2 : Quel diagnostic évoquez-vous en ce qui concerne les autres lésions cutanées ?

Question 3 : Comment confirmer votre diagnostic posé à la question 1 ? Quels sont les résultats attendus ?

Question 4 : Quels sont les risques évolutifs de la lésion de l'oreille droite ?

Question 5 : Quels sont les risques évolutifs des autres lésions cutanées ?

Question 6 : Quel traitement proposez-vous pour la lésion de l'oreille droite (en l'absence d'extension extra-cutanée) ?

REPONSES DOSSIER CARCINOME SPINO-CELLULAIRE

Question 1 : Quel diagnostic portez-vous pour la lésion de l'oreille droite ? (15)

CARCINOME SPINO-CELLULAIRE (10) DE L'**OREILLE DROITE (5)**

Question 2 : Quel diagnostic évoquez-vous en ce qui concerne les autres lésions cutanées ? (10)

KERATOSES ACTINIQUES (10) DU NEZ ET DE LA JOUE DROITE.

Question 3 : Comment confirmer votre diagnostic posé à la question 1 ? Quels sont les résultats attendus ? (24)

- **BIOPSIE (10)** de la lésion AVEC ETUDE **ANATOMO-PATHOLOGIQUE (5)**
- **Prolifération tumorale** (2) épithéliale se développant **à partir de l'épiderme** (2) s'organisant en **lobules tumoraux (2)** +/- centrés par des **globes cornés (3)** +++. Signes négatifs : absence d'organisation palissadique, pas de fente de rétraction.
- Cytologie : population cellulaire pléiomorphe, faite de grandes cellules polyédriques très atypiques (anisocaryose, anisocytose, noyaux énormes et nucléolés), avec des ponts d'union intercellulaires++.

Question 4 : Quels sont les risques évolutifs de la lésion de l'oreille droite ? (12)

- **Extension locale (3)** : infiltrante et destructrice
- **Métastases (3)**
  - Surtout ganglionnaires
  - Plus rarement viscérales : poumons, foie, os
- **Récidive (3)** après exérèse
- Survenue d'un 2ème **carcinome spino-cellulaire** (3). (métastases en transit)

***Question 5 : Quels sont les risques évolutifs des autres lésions cutanées ?* (15)**

Transformation en CARCINOME SPINO-CELLULAIRE. (15)

***Question 6 : Quel traitement proposez-vous pour la lésion de l'oreille droite (en l'absence d'extension extra-cutanée) ?* (14)**

- **EXERESE CHIRURGICALE** (6) avec marge de **sécurité de 5 mm (3)**
- **Surveillance clinique régulière** (3) à la recherche d'une récidive locale, d'une métastase ganglionnaire ou viscérale ou d'un 2ème carcinome spino-cellulaire
- **Protection solaire (2)**; crème solaire adaptée au phototype

DOSSIER 42

Le petit Eliaz, 3 ans, sans antécédent particulier, vous est amené aux urgences pour une hyperthermie à 40°C depuis plus de 48 heures résistante aux antipyrétiques.

L'examen retrouve une fièvre à 39,8°C avec un catarrhe oculo-nasal et une toux sèche. L'abdomen est souple et indolore, l'auscultation cardio-pulomnaire est normale, les aires ganglionnaires sont libres, il n'y a pas d'éruption cutanée.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez.

Question 2 : Décrivez l'agent responsable.

Question 3 : Quelle est la durée de la période d'incubation et de la période contagieuse ?

Question 4 : Quel signe clinique recherchez-vous à ce stade pour confirmer votre diagnostic ? Décrivez-le.

Question 5 : Que recherchez-vous à l'interrogatoire des parents pour confirmer votre diagnostic ?

Question 6 : Quelle est l'évolution prévisible dans les prochains jours ?

Question 7 : Quelles sont les complications de cette maladie ?

Question 8 : Quelles mesures préventives prenez-vous à l'égard de cet enfant, des autres enfants qui fréquentent la même crèche et de sa petite sœur âgée de 6 mois ?

REPONSES DOSSIER ROUGEOLE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez. (18)

- **ROUGEOLE (10)** au stade d'invasion
- Arguments :
  - **Age (2)**
  - **Fièvre à 39-40°C** (2) d'apparition brutale
  - **Catarrhe oculo-nasal (2)**
  - **Toux (2)**
  - Examen clinique abdominal, respiratoire et cutané normal.

Question 2 : Décrivez l'agent responsable. **(10)**

- **VIRUS** (5) de la famille des **PARAMYXOVIRUS** (5).

Question 3 : Quelle est la durée de la période d'incubation et de la période contagieuse ? **(10)**

- **Incubation silencieuse de 10 jours** (5)
- Contagiosité : **24 à 48 heures avant la phase d'invasion et 24 à 48 heures après le début de l'éruption.** (5)

Question 4 : Quel signe clinique recherchez-vous à ce stade pour confirmer votre diagnostic ? Décrivez-le. **(10)**

- **SIGNE de KOPLIK** (5)
- Semis de **points blanchâtres ou bleutés reposant sur un fond érythémateux, à la face interne des joues en regard des prémolaires** (5).

Question 5 : Que recherchez-vous à l'interrogatoire des parents pour confirmer votre diagnostic ? (9)

- Absence de **vaccination** (5)
- **Absence de rougeole antérieure** (2)
- **Notion de contage.** (2)

Question 6 : Quelle est l'évolution prévisible dans les prochains jours ? (18)

- **Phase éruptive** (4)
- **Exanthème morbilliforme** (6) : maculo-papules érythémateuses, non prurigineuses, laissant des intervalles de peau saine, évoluant en une seule poussée descendante, débutant à la racine des cheveux derrière les oreilles et autour de la bouche, s'étendant progressivement vers le bas du corps
- **Polyadénopathie** (4)
- **Disparition de la fièvre en quelques jours** (4) (en l'absence de surinfection).

Question 7 : Quelles sont les complications de cette maladie ? (15)

- **SURINFECTION RESPIRATOIRES** (5)
  - ORL : rhinite, pharyngite, angine, otite, laryngite
  - Broncho-pulmonaire : bronchite, broncho-pneumonie
- **DILATATION DES BRONCHES** (5) (même sans surinfection respiratoire)
- **COMPLICATIONS NEUROLOGIQUES** (5)
  - Convulsions hyperthermiques
  - Leuco-encéphalite péri-veineuse.

Question 8 : Quelles mesures préventives prenez-vous à l'égard de cet enfant, des autres enfants qui fréquentent la même crèche et de sa petite sœur âgée de 6 mois ? **(10)**

- Vis-à-vis d'**Eliaz : éviction de la crèche jusqu'à guérison clinique (4)**
- Vis-à-vis des **autres enfants de la crèche : rien (2)**
- Vis-à-vis de sa sœur âgée de **6 mois : Immunoglobulines polyvalentes : 0,3 ml/kg (4)**

Remarque 1 :

- *Nourrissons inf à 5 mois = rien car Ac maternels*
- *Entre 5 et 8 mois = Ig polyvalentes*
- *Age supérieur à 9 mois = si contage inférieur à 3 jours = vaccin*

Si contage supérieur à 3 jours = Ig polyvalentes

Remarque 2 :

- *Vaccin anti-rougeole : vaccin atténué (CI = grossesse, ID, injection d'Ig inférieure à 3 mois) ; recommandé vers 13 mois ; 1 seule injection SC ; isolé (ROUVAX) ou associé (ROR).*

DOSSIER 43

Antoine, jeune homme de 19 ans, vous consulte car il s'inquiète d'une éruption généralisée découverte le matin au réveil. Depuis 4 jours, il présente un syndrome grippal : céphalées, myalgies et fièvre à 38,5°C. Il avait consulté son médecin traitant qui avait préféré le mettre sous ampicilline.

Ce jour, la température est à 39,2°C et Antoine se plaint d'arthralgies des genoux. L'éruption s'étend au tronc et aux membres, respectant le visage. Elle est constituée d'éléments maculo-papuleux, non prurigineux respectant des intervalles de peau saine. L'examen note une adénopathie sous-angulomaxillaire droite et quelques petits ganglions inguinaux bilatéraux.

Question 1 : Vous envisagez une virose : citez les diagnostics possibles et les principaux arguments cliniques à rechercher en faveur de chaque diagnostic.

Question 2 : Dans l'hypothèse d'une virose et en l'absence de certitude au terme de l'examen clinique, quels examens complémentaires prescrivez-vous ? Justifiez.

Question 3 : Deux jours plus tard, la fièvre persiste à 39°C et l'éruption s'est affirmée : les éléments sont rouges-cuivrés, infiltrés et certains sont purpuriques. On remarque quelques éléments sur les paumes des mains. On apprend que le patient est rentré de vacances du cap d'Agde (Languedoc), quelques jours avant de tomber malade. Quel est le diagnostic à envisager ?

Question 4 : Quels sont les arguments anamnestiques et cliniques que vous allez rechercher pour étayer ce diagnostic ? Comment obtiendrez-vous la preuve formelle de cette infection ?

Question 5 : Prescrivez un traitement conforme à cette hypothèse.

Question 6 : Le soir même, en rentrant chez vous, vous repensez aux dispositions que vous avez prises vis-à-vis de ce patient : cette éruption palmaire vous préoccupe et dans le contexte présent, une autre hypothèse diagnostique vous vient à l'esprit.

a-Quelle est cette hypothèse ?

b-Expliquez pourquoi.

c-Quel examen complémentaire allez-vous ajouter dès que possible pour infirmer cette hypothèse ?

REPONSES DOSSIER RICKETTSIOSE / SYPHILIS

Question 1 : Vous envisagez une virose : citez les diagnostics possibles et les principaux arguments cliniques à rechercher en faveur de chaque diagnostic. **(20)**

- **Primo-infection à VIH (3) ++ : contage (2)**, atteinte muqueuse en particulier **ulcérations buccales ou génitales (2)**
- **Mononucléose infectieuse (3) : angine (2)**
- **Rougeole (3)** : absence de vaccination ou d'antécédent de rougeole, contage, signe de **Koplik (2)**
- **Rubéole (3)** : absence de vaccination
- Infection à adénovirus : atteinte respiratoire
- Infection à entérovirus : période estivale, atteinte digestive
- Hépatite au stade pre-ictérique.

Question 2 : Dans l'hypothèse d'une virose et en l'absence de certitude au terme de l'examen clinique, quels examens complémentaires prescrivez-vous ? Justifiez. **(20)**

- NFS plaquettes, **bilan hépatique (3), antigénémie p24 (3) et charge virale VIH (3), sérologie MNI (3)**
- Justification : devant cet exanthème morbilliforme, chez un homme, en l'absence de signes de gravité, les diagnostics virologiques de certitude sont la **primo-infection à VIH (3) (pronostic (2)** en jeu) et la **mononucléose infectieuse (3)** (pour ne pas conclure de manière érronée à une allergie à l'ampicilline).

Question 3 : Deux jours plus tard, la fièvre persiste à 39°C et l'éruption s'est affirmée : les éléments sont rouges-cuivrés, infiltrés et certains sont purpuriques. On remarque quelques éléments sur les paumes des mains. On apprend que le patient est rentré de vacances du cap d'Agde (Languedoc), quelques jours avant de tomber malade. Quel est le diagnostic à envisager ? **(15)**

- **FIEVRE BOUTONNEUSE MEDITERRANEENNE (15)** (rickettsiose à Rickettsia Conori).

Question 4 : Quels sont les arguments anamnestiques et cliniques que vous allez rechercher pour étayer ce diagnostic ? Comment obtiendrez-vous la preuve formelle de cette infection ? (16)

- Anamnèse : contact avec des chiens, **notion de piqûre de tiques ++ (8)**
- Clinique : **escarre au point d'inoculation** (4) (noirâtre, indolore, entouré d'un halo érythémateux avec adénopathies satellites)
- Confirmation du diagnostic par **sérologie immunofluorescence indirecte** (4)

Question 5 : Prescrivez un traitement conforme à cette hypothèse. (10)

- **Tétracyclines : Vibramycine®** (10) 200 mg/j pendant 15 jours.

Question 6 : Le soir même, en rentrant chez vous, vous repensez aux dispositions que vous avez prises vis-à-vis de ce patient : cette éruption palmaire vous préoccupe et dans le contexte présent, une autre hypothèse diagnostique vous vient à l'esprit.

a-Quelle est cette hypothèse ?

b-Expliquez pourquoi.

c-Quel examen complémentaire allez-vous ajouter dès que possible pour infirmer cette hypothèse ? (19)

a-**Syphilis secondaire** (5)

b-Terrain (**sujet jeune de 19 ans**) (3), **retour de vacances** (3), aspect des lésions (**papules cuivrées** (3) infiltrés touchant les paumes de mains)

c-**Sérologie syphilitique** (5).

DOSSIER 44

Un homme de 25 ans, marocain, vous consulte pour une lésion du cuir chevelu.
Il est revenu du Maroc il y a 3 semaines.
Il n'a pas d'antécédent particulier.
L'examen du cuir chevelu révèle une lésion alopéciante fronto-pariétale droite, déprimée au centre, avec des squames épaisses, jaunâtres et malodorantes.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ?
Question 2 : Comment confirmez-vous votre diagnostic ?
Question 3 : Quel est l'agent responsable de cette pathologie ?
Question 4 : Quel est son mode de transmission ?
Question 5 : Quelle est l'évolution probable de cette lésion ?
Question 6 : Quel traitement mettez-vous en œuvre (sans la posologie) ?

REPONSES DOSSIER TEIGNE FAVIQUE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? (15)

- **TEIGNE FAVIQUE** (15)

Question 2 : Comment confirmez-vous votre diagnostic ? (20)

- **Prélèvement local** (5) au niveau des croûtes et squames avec **EXAMEN MYCOLOGIQUE** (5) :
  - **direct** (5) (recherche de filaments mycéliens)
  - et culture sur **milieu de Sabouraud** (5) (pour identification du Trichophyton).

Question 3 : Quel est l'agent responsable de cette pathologie ? (15)

- **TRICHOPHYTON SCHONLEINII** (5).

Question 4 : Quel est son mode de transmission ? (15)

- **INTER-HUMAINE** (15).

Question 5 : Quelle est l'évolution probable de cette lésion ? (15)

- **ALOPECIE DEFINITIVE** (15).

Question 6 : Quel traitement mettez-vous en œuvre (sans la posologie) ? (20)

- Traitement **antifongique général** (5) : **GRISEOFULVINE** (**Griséofuline®**) (5) pendant 6 semaines
- Traitement **local** (5) :
  - **Raser les cheveux au niveau des zones atteintes** (5)
  - Kératolytique type Vaseline salycilée en pommade jusqu'à disparition des squames ;
- Traitement préventif : **traitement des sujets contacts +++** (5)

DOSSIER 45

Une maman vous amène sa petite Charlotte âgée de 5 ans et demi pour fièvre traînante depuis 72 heures avec apparition de lésions cutanées secondairement.

Cette enfant n'a pas d'antécédent particulier, ses vaccinations sont à jour.

L'épisode actuel a commencé il y a 3 jours par un mal de gorge avec secondairement des vomissements associés à une hyperthermie à 40°C.

A l'examen clinique, température à 39,2°C, bon état général. Vous constatez un exanthème avec sensation de « granité » et de cuisson au toucher, généralisé (sauf au niveau palmo-plantaire et péri-buccal) prédominant à la partie basse du tronc et aux plis de flexion.

Au niveau ORL, vous retrouvez des adénopathies cervicales bilatérales infra-centimétriques et une angine érythémateuse. Vous constatez une langue avec desquamation rouge des bords et de la pointe et mise à nu des papilles.

Le reste de l'examen est sans particularité. La bandelette urinaire est négative.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Argumentez.

Question 2 : Quel est l'agent responsable ?

Question 3 : Quel (s) examen (s) effectuez-vous pour confirmer votre diagnostic ?

Question 4 : Quelles sont les deux complications principales en cas d'absence de traitement ?

Question 5 : Quel est votre traitement ?

Question 6 : A quoi faut-il penser à distance de l'épisode infectieux ?

REPONSES DOSSIER SCARLATINE

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Argumentez. (24)

- **SCARLATINE (10)**
- Arguments :
  - Terrain : **enfant de 5 ans (2)**
  - Clinique :
    → Début brutal **(2)**,
    → **Fièvre élevée à 39-40°C (2),**
    → **Angine érythémateuse (2)** avec adénopathies cervicales et nausées et vomissements.
    → **Exanthème scarlatiniforme (3)** (sensation « granité » et de cuisson au toucher, généralisé mais prédominant aux plis de flexion et à la partie basse de l'abdomen avec respect des régions palmoplantaires et péri-buccales).
    → **Enanthème avec aspect typique en « V » (3)** de la langue.

Question 2 : Quel est l'agent responsable ? (15)

- **Streptocoque β hémolytique du groupe A (15)** sécréteur d'une toxine érythrogène.

Question 3 : Quel (s) examen (s) effectuez-vous pour confirmer votre diagnostic ? (15)

- **Prélèvement de gorge avec test de diagnostic rapide (10)** ++ et **mise en culture (5)**.

Question 4 : Quelles sont les deux complications principales en cas d'absence de traitement ? (16)

- **RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU** (RAA) **(8)**
- **GLOMERULONEPHRITE AIGUE. (8)**

Question 5 : Quel est votre traitement ? (20)

- **Traitement ambulatoire** (5)
- **Antibiothérapie per os anti-streptocoque** (5) :
  - **AMOXICILLINE** (5) : 50 mg/kg/j pendant 6 jours en 2 prises
- **Antipyrétiques** (5).

Question 6 : A quoi faut-il penser à distance de l'épisode infectieux ? (10)

- **BANDELETTE URINAIRE à 3 semaines (10)** de l'épisode à la recherche d'une protéinurie.

DOSSIER 46

De retour d'un camp de vacances, une jeune fille de 15 ans présente une dysphagie intense, avec une grande asthénie, anorexie et amaigrissement de 3 kilos. La température est à 38,5°C malgré un traitement par Oracilline (3 millions d'UI/jour depuis 3 jours).

L'examen clinique met en évidence 2 amygdales érythémateuses œdématiées, recouvertes d'une membrane blanchâtre, adhérente et une polyadénopathie superficielle bilatérale (sous-maxillaire et latérocervicale). Par ailleurs, apparition secondaire d'un rash morbiliforme (au tronc et à la racine des membres).

Question 1 : Quel diagnostic vous paraît le plus probable ? Argumentez.

Question 2 : Comment confirmez-vous le diagnostic ?

Question 3 : En cas de confirmation du diagnostic, quelle est votre attitude thérapeutique ?

Question 4 : Quelle est l'évolution habituelle de cette maladie ?

Question 5 : Quelles sont les complications possibles de cette maladie ?

REPONSES DOSSIER MONONUCLEOSE INFECTIEUSE

Question 1 : Quel diagnostic vous paraît le plus probable ? Argumentez. (20)

- **MONONUCLEOSE INFECTIEUSE (10)**
- Arguments :
  - Terrain : **jeune fille de 15 ans (2)**
  - **Signes généraux (2)** : fièvre, asthénie, amaigrissement
  - Atteinte ORL : **angine pseudo-membraneuse bilatérale (2), adénopathies cervicales (2)** bilatérales
  - Atteinte cutanée : **éxanthème morbiliforme (2)**.

Question 2 : Comment confirmez-vous le diagnostic ? (25)

- Hémogramme : **SYNDROME MONONUCLEOSIQUE (10)**, leuconeutropénie
- **MNI test (10)** confirmé par la réaction de **Paul Bunnell Davidson (5)** en cas de positivité.

Question 3 : En cas de confirmation du diagnostic, quelle est votre attitude thérapeutique ? **(16)**

- Traitement symptomatique **(4)**
- REPOS +++ **(4)**
- Contre-indication à l'Ampicilline **(4)**
- Antipyrétiques. **(4)**

Question 4 : Quelle est l'évolution habituelle de cette maladie ? **(16)**

Evolution **BENIGNE (8)** mais **ASTHENIE** persistant **(8)** PLUSIEURS SEMAINES.

Question 5 : Quelles sont les complications possibles de cette maladie ? (23)

- Complication locale : **œdème pharyngo-amygdalien (5)**
- Complications générales :
  - **Anémie hémolytique** (5)
  - **Purpura thrombopénique** (5)
  - **Rupture de rate** (5)
  - **Atteintes neurologiques.** (3)

DOSSIER 47

Une femme de 68 ans consulte pour un prurit diffus apparu depuis 3 mois.

Dans ses antécédents, on note une hypertension artérielle traitée par Nifédipine depuis dix ans.

L'examen dermatologique retrouve seulement des excoriations secondaires au prurit.

Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Question 1 : Quelle est votre démarche diagnostique ?

Question 2 : Quelles sont les causes non dermatologiques de prurit ?

Question 3 : Quels examens complémentaires demandez-vous alors ?

Question 4 : A quel diagnostic arrivez-vous si ces examens se révèlent normaux ?

Question 5 : Quels sont les principes thérapeutiques à mettre en œuvre ?

REPONSES DOSSIER PRURIT

Question 1 : Quelle est votre démarche diagnostique ? (24)

Devant ce prurit généralisé sans lésion cutanée spécifique, on peut évoquer :
- Systématiquement une **GALE (8)**
- Prurit précédant une **pemphigoïde bulleuse (8)**
- Prurit de **cause non dermatologique. (8)**

Question 2 : Quelles sont les causes non dermatologiques de prurit ? (21)

- **Cholestase (3)**
- **Insuffisance rénale chronique (3)**
- **Hémopathies malignes (3)** (plus rarement cancers solides)
- Carence martiale
- Endocrinopathies : **hyper et hypothyroïdie (3)**, hyperparathyroïdies
- Infections : **VIH (3)**, VHC, parasitoses
- **Médicaments (3)**
- Neuropathies : tabes, syringomyélie
- Cause **psychiatrique** (3) : parasitophobie (syndrome d'Eckbaum).

Question 3 : Quels examens complémentaires demandez-vous alors ? (20)

Biologie
- **Hémogramme (2)**
- **VS et électrophorèse des protéines sanguines (2)**
- **Ionogramme sanguin (2)** (avec bilan phospho-calcique), créatininémie
- **Bilan hépatique et sérologie hépatite C (2)**
- Fer sérique
- **T4L et TSH (2)**
- **Sérologie VIH (2)**
- **Parasitologie des selles** (2) si hyper éosinophilie

Imagerie
- **Radiologie thoracique (2)**
- Echographie abdomino-pelvienne

A part
- **Biopsie cutanée avec immunofluorescence directe** (4).

Question 4 : A quel diagnostic arrivez-vous si ces examens se révèlent normaux ? (15)

- **PRURIT IDIOPATHIQUE** (15)

Question 5 : Quels sont les principes thérapeutiques à mettre en œuvre ? (20)

- Recherche d'une **sécheresse cutanée et traitement par crème hydratante (10)**
- Recherche d'un **facteur psychogène** (anxiété/dépression) et **traitement médicamenteux et/ou psychothérapique (10).**

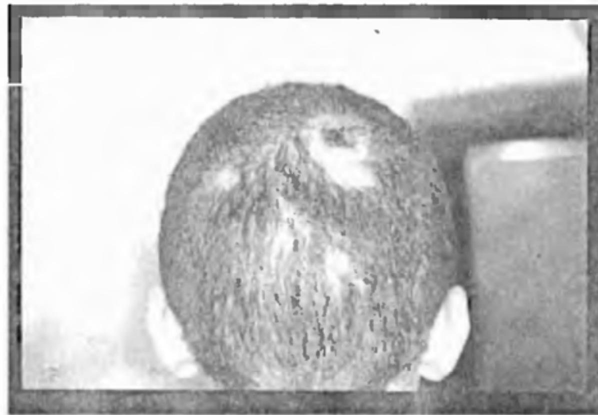
DOSSIER 48

Un homme de 25 ans vient vous consulter pour une « chute de cheveux » qui l'inquiète de part la rapidité de la chute et de son aspect visible, en plaques, qu'il ne peut plus cacher avec les autres cheveux.

Vous apprenez qu'il est suivi par un psychiatre pour une dépression depuis plusieurs années et prend du Loxapac, Valium et Laroxyl.

La chute des cheveux a commencé il y a 3 mois. A l'examen, vous retrouvez une plaque alopécique pariétale droite de 4 cm de diamètre, une plaque temporale gauche de 2 cm de diamètre et trois petites plaques incomplètement alopéciques occipitales d'un cm de diamètre (voir photo ci-dessous).

Au niveau de ces plaques, le cuir chevelu est normal.



Question 1 : Devant la survenue d'une alopécie, décrivez précisément votre interrogatoire ainsi que votre examen clinique.

Question 2 : A quel cadre appartient cette alopécie ?

Vous ne retrouvez pas à l'interrogatoire d'antécédents familiaux de chute de cheveux en plaques ni d'antécédents personnels ou familiaux dermatologiques.

A l'examen à la loupe, vous retrouvez des cheveux particuliers : ce sont des cheveux normaux à leur extrémité, amincis et dépigmentés à leur base. Le reste du système pileux (cils et sourcils, barbe, zones pileuses do corps et les ongles) est normal.

Question 3 : Quelle est la signification des cheveux examinés à la loupe ?

Question 4 : Quel est votre diagnostic ?

Question 5 : Quelle pathologie associée recherchez-vous en priorité ?

Question 6 : Quels sont vos examens complémentaires ?

Question 7 : Quelle est l'évolution de la pelade ?

Question 8 : Quels sont les facteurs physiopathologiques impliqués dans cette affection ?

REPONSES DOSSIER PELADE

Question 1 : Devant la survenue d'une alopécie, décrivez précisément votre interrogatoire ainsi que votre examen clinique. (20)

- L'interrogatoire et l'examen clinique sont DETERMINANTS +++
- L'alopécie est une raréfaction ou une disparition des cheveux. L'aspect psychologique, cause ou retentissement, peut être important
- Interrogatoire :
  - **Age de début de l'alopécie** (2)
  - Evolution : **aiguë ou chronique** (2)
  - **Antécédents médicaux** (2) : personnels (grossesse, dermatose, pathologies carentielles /endocriniennes ou auto-immunes) et familiaux (alopécie androgénétique)
  - **Traitements en cours** (2) : topiques, médicaments, chimiothérapie, radiothérapie
  - **Soins des cheveux** (2) : manipulations (tressage, défrisage), produits décolorants
  - **Voyage hors de France métropolitaine** (2), alopécie dans l'entourage, pertes de poils chez des animaux domestiques (teignes)
- Examen clinique :
  - Type d'alopécie : **diffuse ou localisée** (2)
  - **Topographie de l'alopécie** (2) : frontale, vertex, temporale, ubiquitaire
  - **Examen du cuir chevelu** (2) : sain ou cicatriciel (dans ce cas, chercher des lésions primitives en bordure de l'alopécie : inflammatoires, squameuses ou pustuleuses)
  - **Test de traction** (2) : en tirant fermement entre le pouce et l'index 25 à 30 cheveux (normal si n'entraîne pas de douleur et ne ramène pas plus de 5 à 6 cheveux)
  - Examen à la lampe de Wood : en cas de suspicion de teigne
  - Examens des autres poils, des ongles, de la peau, des muqueuses et examen général.

Question 2 : A quel cadre appartient cette alopécie ? (9)

- Il s'agit ici d'une alopécie **ACQUISE** (3), **LOCALISEE** (3), **NON CICATRICIELLE** (3).

Question 3 : Quelle est la signification des cheveux examinés à la loupe ? **(10)**

- Cheveux en « **POINT D'EXCLAMATION** » **ou cheveux** « **PELADIQUES** » **(10)**.

Question 4 : Quel est votre diagnostic ? (10)

- **PELADE EN PLAQUES** (10)

Question 5 : Quelle pathologie associée recherchez-vous en priorité ? (15)

- **THYROIDITE AUTO-IMMUNE** (15)

Question 6 : Quels sont vos examens complémentaires ? (10)

- **AUCUN examen complémentaire (10)** pour confirmer le diagnostic (aspect clinique typique)
- Si l'on suspect une thyroïdite, les anticorps anti-thyroïde seront demandés.

Question 7 : Quelle est l'évolution de la pelade ? (11)

- Evolution VARIABLE :
  - 1/3 des cas : **repousse intégrale** (2) en quelques mois
  - 1/3 des cas : **stabilisation** (2)
  - 1/3 des cas : **progression** (2) de l'alopécie
- **Risque de récidive** (5).

Question 8 : Quels sont les facteurs physiopathologiques impliqués dans cette affection ? (15)

- **AUTO-IMMUNITE** (5) car association à d'autres maladies auto-immunes
- **GENETIQUES** (5) car existence de cas familiaux
- **PSYCHOLOGIQUES** (5) car survenue sur terrain anxieux.

DOSSIER 49

Un homme de 43 ans est hospitalisé pour un purpura vasculaire des membres inférieurs, une altération de l'état général avec amaigrissement de 7 kg en 2 mois, une fièvre à 39°C, des myalgies et arthralgies diffuses. Quatre jours avant son hospitalisation apparaît une éruption nodulaire douloureuse des membres inférieurs.

Vous retrouvez à l'interrogatoire des difficultés à relever le pied droit et de vives douleurs sur le dos du pied et la face externe de la jambe droite.

Des examens biologiques réalisés en ambulatoire retrouvent une hyperleucocytose à 14 000/mm^3 à prédominance de polynucléaires, une hyperfibrinémie à 7,5 g/l et une cytolyse hépatique prédominant sur les SGPT (5 fois la normale). Les taux du complément total et des fractions C3 et C4 sont modérément élevés.

Question 1 : Quel est le diagnostic à évoquer en premier lieu ? Sur quels arguments ?

Question 2 : Quel est l'examen diagnostique à prescrire en première intention ? Quelles lésions essentielles recherchez-vous attentivement sur le compte-rendu ?

Question 3 : Le patient présente brutalement une HTA sévère difficile à contrôler. Que suggère cette information ? Quel examen complémentaire (et avec quelle précaution) pouvez-vous alors demander pour vous aider dans votre démarche diagnostique ?

Question 4 : Quel examen complémentaire peut permettre de préciser l'origine étiologique des perturbations hépatiques ?

Question 5 : Vous demandez un dosage des ANCA. De quoi s'agit-il ? Qu'en attendez-vous ?

REPONSES DOSSIER PERIARTERITE NOUEUSE

Question 1 : Quel est le diagnostic à évoquer en premier lieu ? Sur quels arguments ? **(20)**

- **PERIARTERITE NOUEUSE MACROSCOPIQUE (PAN) (10)**
- Arguments :
  - Signes généraux : **altération de l'état général (2)** avec amaigrissement et asthénie, fièvre
  - Atteintes articulaires et musculaires : myalgies, arthralgies
  - Manifestations cutanées : **purpura vasculaire infiltré (2), éruption nodulaire (2)**
  - Manifestations neurologiques : **mononévrite (2)** touchant le sciatique poplité externe droit
  - Biologie : syndrome inflammatoire, **hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles (2)**, cytolyse hépatique.

Question 2 : Quel est l'examen diagnostique à prescrire en première intention ? Quelles lésions essentielles recherchez-vous attentivement sur le compte-rendu ? **(19)**

- **BIOPSIE NEURO-MUSCULAIRE du SPE droit (10)** +++ avec examen anatomo-pathologique
- Aspect caractéristique : **PANARTERITE (3)** +++ des artères de **petit et moyen calibre (3), NECROSANTE (3)**, granulomateuse, segmentaire avec présence de lésions d'âge différent.

Question 3 : Le patient présente brutalement une HTA sévère difficile à contrôler Que suggère cette information ? Quel examen complémentaire (et avec quelle précaution) pouvez-vous alors demander pour vous aider dans votre démarche diagnostique ? **(20)**

- **Atteinte rénale par NEPHROPATHIE VASCULAIRE (10)** spécifique de la PAN
- **PONCTION-BIOPSIE RENALE (5)** précédée d'une **ARTHERIOGRAPHIE RENALE (5)** à la recherche de micro-anévrysmes contre-indiquant la PBR.

Question 4 : Quel examen complémentaire peut permettre de préciser l'origine étiologique des perturbations hépatiques ? **(15)**

- SEROLOGIE HEPATITE B **(15)**

Question 5 : Vous demandez un dosage des ANCA. De quoi s'agit-il ? Qu'en attendez-vous ? **(26)**

- ANCA = anticorps **anti-cytoplasmique des polynucléaires neutrophiles** (11), il en existe 2 types : c-cytoplasmique, p-périnucléaire
- Les ANCA **sont généralement négatifs** (5) dans la PAN macroscopique
- Les **c-ANCA** sont un marqueur de la maladie de **Wegener** (5)
- Les **p-ANCA** sont un marqueur de la **PAN microscopique** (5).

DOSSIER 50

Une femme de 30 ans vient vous consulter en raison d'une lésion érythémateuse de la cuisse. La lésion a débuté par une macule érythémateuse qui s'est étendue progressivement. Pendant les premiers jours de l'évolution, la patiente s'est plainte d'asthénie, de céphalées, de myalgies et d'un état sub-fébrile à 38°C.

A l'examen, vous retrouvez une plaque érythémateuse d'aspect annulaire, avec une bordure rouge vif infiltrée et un centre rose pâle.

A l'interrogatoire, vous apprenez que la patiente a fait une balade en forêt il y a 3 semaines.

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ?

Question 2 : Quel est l'agent responsable de cette maladie ?

Question 3 : Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Justifiez ?

Question 4 : Quelle est l'évolution spontanée de cette maladie ?

Question 5 : Quelle est votre attitude thérapeutique ?

Question 6 : En quoi consiste la prophylaxie de cette maladie ?

REPONSES DOSSIER ERYTHEME CHRONIQUE MIGRANT

Question 1 : Quel diagnostic évoquez-vous ? (15)

- **ERYTHEME CHRONIQUE MIGRANT** (5), phase primaire localisée d'une **MALADIE DE LYME (10)**

Question 2 : Quel est l'agent responsable de cette affection ? (15)

- BACTERIE SPIROCHETE DU GENRE BORRELIA (15)

Question 3 : Quels examens complémentaires demandez-vous pour confirmer votre diagnostic ? Justifiez ? (25)

- **AUCUN examen complémentaire (10)** ne permet de confirmer le diagnostic au stade primaire de la maladie de Lyme
- Le **diagnostic exclusivement CLINIQUE** (5) repose sur :
  - L'interrogatoire ++ notion de **promenade en forêt (5)**
  - **L'aspect de la lésion cutanée (5).**

Question 4 : Quelle est l'évolution spontanée de cette maladie ? (19)

- **Phase primaire** (3) : érythème chronique migrant **guérit spontanément en 3-4 semaines** (2)
- **Phase secondaire** (3) (quelques semaines à quelques mois après le contage) : **atteinte neurologique** (2) ++ (méningite, radiculite...), **atteinte articulaire** (2) (oligo-arthrite), atteinte cardiaque (myocardite)
- **Phase tertiaire** (3) (quelques mois à quelques années après le contage) : **atteinte cutanée** (2) (acrodermatite chronique atrophiante de Pick-Herxheimer ++, lymphome cutané bénin) **atteinte neurologique** (2) (polynévrite chronique), atteinte articulaire (oligo-arthrite).

Question 5 : Quelle est votre attitude thérapeutique ? (10)

- Antibiothérapie active sur Borrelia, **Amoxicilline (Clamoxyl®), 2 g/jour, pendant 15 jours (10).**

Question 6 : En quoi consiste la prophylaxie de cette maladie ? **(16)**

- Prophylaxie des MORSURES DE TIQUE
  - **Eviter les zones infestées** (4) par les tiques
  - **Port de vêtements longs** (4), serrés aux manches et aux chevilles, port d'un chapeau
  - **Répulsifs (4)**
  - **Au retour d'une promenade** (4) en forêt en zone d'endemie, **vérifier l'absence de tique sur le revêtement cutané.**

DOSSIERS TRANSVERSAUX

DOSSIER TRANSVERSAL 51

Un homme de 60 ans est hospitalisé en chirurgie vasculaire pour des lésions cutanées douloureuses à la face postérieure du mollet gauche, depuis 3 semaines.

Dans ses antécédents, on retrouve une hypertension artérielle traitée par Loxen®. On note par ailleurs un tabagisme ancien. A l'interrogatoire, vous apprenez qu'il y a 3 mois, ce patient a présenté une monoparésie du membre supérieur droit avec une aphasie régressive en quelques minutes. Aucun examen complémentaire n'a été effectué, mais son médecin traitant lui a prescrit du Ticlid®. Enfin le patient signale depuis 1 an la survenue de crampes dans la fesse gauche l'obligeant à s'arrêter tous les 500 m.

A l'examen, TA = 17/9. Apyrétique. Bon état général. Poids = 65 kg. Taille = 1 m 65. Au niveau du membre inférieur gauche, les pouls distaux sont abolis, les pouls poplité et fémoral sont faibles. Il existe un souffle dans la fosse iliaque gauche. Un souffle carotidien bilatéral prédominant à gauche. L'examen du mollet gauche retrouve l'existence de 3 petites ulcérations profondes, à bords nécrotiques et à fond sale.

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez.

Question 2 : Que recherchez-vous encore sur le plan cutané ?

Question 3 : Après un traitement local (désinfection, détersion puis application de compresse de Tulle gras®) apparaissent des lésions érythémato-squameuses en périphérie de la lésion initiale. Qu'évoquez-vous ?

Question 4 : Quelle est alors la conduite à tenir ?

Question 5 : Quelle est l'origine la plus probable de l'accident ischémique transitoire survenu il y a 3 mois ? Quel (s) examen (s) demandez-vous pour le confirmer ?

Question 6 : Au vu des données cliniques, quelle est l'origine des lésions cutanées ?

Question 7 : Quel examen complémentaire faut-il pratiquer à visée diagnostique et préthérapeutique ?

Question 8 : Le diagnostic étant confirmé, quelles sont les possibilités thérapeutiques ?

REPONSES DOSSIER TRANSVERSAL ULCERE ARTERIEL

Question 1 : Quel est votre diagnostic ? Justifiez. (25)

- **ULCERE ARTERIEL** (8) du mollet gauche
- Arguments :
  - Terrain : homme, 60 ans, **terrain athéromateux** (4) = AOMI (tabagisme, HTA, accident ischémique transitoire)
  - Caractères de l'ulcère : **multiples** (2), **petits** (2), **bords névrotiques** (2), **fond** sale (2), **douloureux** (2), siège suspendu
  - **Abolition des pouls distaux à gauche** (3).

Question 2 : Que recherchez-vous encore sur le plan cutané ? (10)

- Au niveau de la peau péri-ulcéreuse : signes évoquant une **mauvaise vascularisation** : **peau sèche** (2), dépilée, **atrophique et froide** (2), **érythrocyanose** (2) de déclivité
- Au niveau des points d'appui (talon, orteils) : recherche de **troubles trophiques** (4).

Question 3 : Après un traitement local (désinfection, détersion puis application de compresse de Tulle gras®) apparaissent des lésions érythémato-squameuses en périphérie de la lésion initiale. Qu'évoquez-vous ? (14)

- ECZEMA DE CONTACT (10) au baume de **Pérou dans le Tulle gras®**(4).

Question 4 : Quelle est alors la conduite à tenir ? (10)

- **Arrêt du tulle gras** (3), à remplacer par des compresses vaselinées
- **Dermocorticoïdes locaux niveau** 2 ou 3 (7).

Question 5 : Quelle est l'origine la plus probable de l'accident ischémique transitoire survenu il y a 3 mois ? Quel (s) examen (s) demandez-vous pour le confirmer ? (14)

- ACCIDENT ISCHEMIQUE TRANSITOIRE sur **embolie athéromateuse d'origine carotidienne gauche (6)**.
- **ECHODOPPLER DES TRONCS SUPRA-AORTIQUES (4)** (recherche de sténoses carotidiennes) et **SCANNER CEREBRAL (4)** avec injection de produit de contraste (recherche de signes en faveur d'un infarctus récent).

Question 6 : Au vu des données cliniques, quelle est l'origine des lésions cutanées ? (7)

- **STENOSE ARTERE ILIAQUE PRIMITIVE GAUCHE (7)** car
  - Claudication intermittente de la fesse gauche
  - Souffle fosse iliaque gauche
  - Diminution pouls fémoral gauche.

Question 7 : Quel examen complémentaire faut-il pratiquer à visée diagnostique et préthérapeutique ? (7)

ARTERIOGRAPHIE BILATERALE DES MEMBRES INFERIEURS (7)

Question 8 : Le diagnostic étant confirmé, quelles sont les possibilités thérapeutiques ? **(13)**

(+ endoartériectomie ?)

- **ANGIOPLASTIE TRANSLUMINALE PERCUTANEE (5)** ± stent
- **PONTAGE AORTO-FEMORAL (5)**
- **Correction des facteurs de risque vasculaires (3 PM2)** : arrêt du tabac, traitement de l'HTA.

DOSSIER TRANSVERSAL 52

Une femme d'origine antillaise vous amène aux urgences pédiatriques son fils âgé de 3 ans pour une éruption cutanée ayant débutée il y a 48 heures. Ce dernier a toujours été en bonne santé en dehors d'une drépanocytose hétérozygote connue.

A l'examen, vous notez un aspect œdématié du visage et un exanthème aux contours irréguliers sur les membres (voir photo ci-dessous).

Il n'y a pas d'atteinte muqueuse.

La température est normale.



Question 1 : A quelle maladie infantile doit faire penser ce tableau cutané ?

Question 2 : Quel est l'agent responsable ?

Question 3 : Cette maladie virale peut se compliquer d'une anomalie très particulière sur ce terrain, laquelle ?

Question 4 : Comment se présente l'hémogramme d'un sujet atteint de drépanocytose ?

Question 5 : Que témoigne la présence de corps de Jolly ?

Question 6 : La maman profite de cette consultation aux urgences pour vous montrer des lésions qui l'inquiètent, apparues sur ses mains et ses pieds depuis une semaine environ. Il s'agit d'un purpura infiltré, accompagné de douleurs des doigts, des poignets et des chevilles. Quelle hypothèse pouvez-vous faire à ce propos ?

REPONSES MEGALERYTHEME EPIDERMIQUE SUR DREPANOCYTOSE

Question 1 : A quelle maladie infantile doit faire penser ce tableau cutané ? **(20)**

- **MEGALERYTHEME EPIDEMIQUE** (20) ou 5ème MALADIE.

Question 2 : Quel est l'agent responsable ? **(20)**

- **PARVOVIRUS B19 (20).**

Question 3 : Cette maladie virale peut se compliquer d'une anomalie très particulière sur ce terrain, laquelle ? **(10)**

- ERYTHROBLASTOPENIE **(10).**

Question 4 : Comment se présente l'hémogramme d'un sujet atteint de drépanocytose ? **(20)**

- **Anémie régénérative** (5), **normochrome** (5) et parfois macrocytaire (en raison de l'hyperréticulocytose)
- **Hyperleucocytose à polynucléaires** (4) et thrombocytose modérées
- Frottis sanguin : **drépanocytes** (2) (hématies falciformes), **anisocytose** (2), **poikilocytose** (2), polychromatophilie.

Question 5 : Que témoigne la présence de corps de Jolly ? (15)

- **Témoin d'ASPLENISME (15).**

Question 6 : La maman profite de cette consultation aux urgences pour vous montrer des lésions qui l'inquiètent, apparues sur ses mains et ses pieds depuis une semaine environ. Il s'agit d'un purpura infiltré, accompagné de douleurs des doigts, des poignets et des chevilles. Quelle hypothèse pouvez-vous faire à ce propos ? (15)

- **PURPURA EN GANTS ET EN CHAUSSETTES (15)** (secondaire à une infection à Parvovirus B19 chez l'adulte).

DOSSIER TRANSVERSAL 53

Une jeune femme de 26 ans est hospitalisée pour bilan de lésions cutanées des membres inférieurs au retour d'un voyage au Maroc, associées à une diarrhée faite de selles glaireuses, parfois sanguinolentes, évoluant depuis 10 jours. Elle ne prend aucun médicament.
A l'examen, il existe à la face antérieure des deux jambes des nodules mal limités, de teinte rouge-violacée douloureux à la pression (voir photo ci-dessous).



Par ailleurs existe une fièvre à 38,2°C associée à des arthralgies des chevilles et des genoux avec un amaigrissement de 2 kilos. La malade se plaint de ténesmes et d'épreintes avec diarrhée glairo-sanglante. La palpation abdominale est indolore, sans défense ni contracture abdominale. Le toucher rectal est douloureux, ramenant quelques glaires.

Question 1 : Quel est le diagnostic le plus probable des lésions dermatologiques ?
Question 2 : Quels diagnostics envisagez-vous ?

Vous réalisez quelques examens complémentaires de débrouillage : NFS, ionogramme sanguin sans particularités, VS = 50 mm, examen parasitologique des selles et 3 coprocultures sont négatifs. La radiographie pulmonaire de face est normale. Par ailleurs, en reprenant l'interrogatoire, la patiente vous apprend avoir présenté des épisodes d'aphtes buccaux et un épisode d'ulcération péri-anale.

Question 3 : Quelle affection causale allez-vous prioritairement retenir ? Pourquoi ?
Question 4 : Par quelle exploration paraclinique allez-vous en faire la preuve ? Qu'en attendez-vous ?
Question 5 : Citez les différentes classes de médicaments actifs dans cette maladie ?
Question 6 : En dehors des traitements précédents, quelles sont vos autres prescriptions thérapeutiques ?

REPONSES ERYTHEME NOUEUX SUR MALADIE DE CROHN

Question 1 : Quel est le diagnostic le plus probable des lésions dermatologiques ? **(10)**

- ERYTHEME NOUEUX **(10)**
- Arguments en faveur : nodules cutanés inflammatoires, mal limités, localisés à la face d'extension des membres inférieurs, association à des arthralgies et de la fièvre.

Question 2 : Quels diagnostics envisagez-vous ? (15)

Devant l'association érythème noueux avec diarrhée :

- **Entérocolopathies inflammatoires** (5) : maladie de Crohn, RCH
- **Yersiniose (5)**
- **Typhoïde (5)**.

Question 3 : Quelle affection causale allez-vous prioritairement retenir ? Pourquoi ? (25)

- **MALADIE DE CROHN** (11)
  - Terrain : **adulte jeune (3)**
  - **Diarrhée glairo-sanglante (5)**
  - **Erythème noueux (2)**
  - **Aphtes buccaux (2)**
  - **Ulcérations péri-anales (2)**.

Question 4 : Par quelle exploration paraclinique allez-vous en faire la preuve ? Qu'en attendez-vous ? (26)

- **COLOSCOPIE TOTALE** (10) avec **biopsies** (3) des lésions et examen **anatomo-pathologique** (3)
- A la coloscopie : atteinte **pluri-segmentaire** (2), discontinue
- A l'histologie : **atteinte transmurale** (2) la présence de **granulomes** (2) avec amas de **cellules épithélioïdes** (2) et de cellules géantes **sans nécrose caséeuse** (2).

Question 5 : Citez les différentes classes de médicaments actifs dans cette maladie ? (12)

- CORTICOIDES (3)
- DERIVES SALICYLES (3)
- IMMUNOSUPPRESSEURS (3)
- ANTICORPS ANTI TNF α (3)

Question 6 : En dehors des traitements précédents, quelles sont vos autres prescriptions thérapeutiques ? (12)

- Hospitalisation
- Repos au lit **jambes surélevées** (2)
- Réhydratation et **rééquilibration hydro-électrolytique** (2)
- **Antalgiques** (2)
- **Antispasmodiques** (2)
- **Anti-diarrhéique** (2) : lopéramide
- **Surveillance** (2) : température, transit, signes digestifs, état cutané.

DOSSIER TRANSVERSAL 54

Madame Z., femme de 55 ans d'origine antillaise, vous est adressée pour bilan d'une fièvre traînante associée à des lésions cutanées.
Cette femme vit en Métropole depuis 25 ans et travaille comme femme de ménage. Il n'y a pas d'antécédent médical connu, ne prend pas de médicament, ne boit pas et fume 10 cigarettes par jour.
La fièvre a commencé il y a 1 mois ; la patiente s'est sentie « fiévreuse » surtout en fin de journée avec une fatigue croissante. Elle a consulté son médecin il y a 15 jours qui, devant une toux sèche, une fièvre à 38,5°C, quelques adénopathies cervicales bilatérales et une radio pulmonaire montrant un syndrome bronchique, a prescrit un traitement par Josamycine® 2g/j pendant 10 jours.
Madame Z. vous consulte car la fièvre persiste et qu'elle est de plus en plus fatiguée. Elle tousse toujours et décrit un essoufflement récent à l'effort. Des douleurs dans les 2 jambes avec une éruption cutanée dans le même territoire sont apparues il y a 1 semaine. Depuis hier, elle se plaint d'une douleur à l'œil gauche avec baisse d'acuité visuelle et une rougeur qu'elle attribue à une projection de produit ménager la veille survenue à son travail.
A l'examen, température à 38,4°C. Amaigrissement estimé à 6 kilos. TA = 120/80 pouls = 90. L'examen pulmonaire retrouve des extrémités non cyanosées, absence de dyspnée de repos, murmure vésiculaire diminué de manière bilatérale, quelques râles sibilants aux 2 bases. A l'examen dermatologique, vous retrouvez la présence de nodosités, rouges, saillantes et douloureuses à la palpation à la face antérieure des 2 tibias. Les aires ganglionnaires sont libres en dehors de quelques ganglions centimétriques cervicaux bilatéraux. Le reste de l'examen est sans particularité, en particulier absence d'organomégalie, de signes fonctionnels urinaires et de syndrome méningé.

Question 1 : Quel est votre diagnostic dermatologique ? Argumentez.
Question 2 : Quel est votre traitement de ces lésions ?
Question 3 : Quels sont les principaux diagnostics que vous évoquez chez Madame Z. ? Quel est le plus probable ? (Justifiez votre réponse).
Question 4 : La radio pulmonaire que vous réalisez montre la présence d'adénopathies médiastinales bilatérales, une atteinte réticulo-micronodulaire bilatérale et symétrique prédominant dans les lobes supérieurs et un syndrome bronchique discret. Quelles sont les caractéristiques des ganglions médiastinaux qui vous conforteraient dans votre diagnostic ?
Question 5 : Quel examen complémentaire réalisez-vous en première intention à visée diagnostique ? qu'en attendez-vous ?
Question 6 : Quel est ici le stade radiologique ? Quel est le pourcentage de rémission spontanée à ce stade ?
Question 7 : Quel est votre traitement initial ?

REPONSES DOSSIER ERYTHEME NOUEUX SUR SARCOIDOSE

Question 1 : Quel est votre diagnostic dermatologique ? Argumentez. **(16)**

- ERYTHEME NOUEUX **(10)**
- Arguments :
  - **Nodules anti-inflammatoires** (2)
  - Topographie : **face antérieure des tibias** (2)
  - **Fièvre associée** (2).

Question 2 : Quel est votre traitement de ces lésions ? (8)

- Traitement symptomatique
  - **Repos au lit** (2), **jambes surélevées** (2)
  - **Antalgiques** (2)
  - **Surveillance** (2).

Question 3 : Quels sont les principaux diagnostics que vous évoquez chez Madame Z. ? Quel est le plus probable ? (Justifiez votre réponse). (27)

- SARCOIDOSE (5)
- TUBERCULOSE PULMONAIRE COMMUNE (5)
- LYMPHOME (5)
- Ici, probable sarcoïdose. Arguments en faveur :
  - **Origine ethnique** (2)
  - **Atteinte respiratoire** (3) : toux, dyspnée d'effort, anomalies auscultatoires
  - **Erythème noueux** (2)
  - **Adénopathies cervicales** (2)
  - **Probable uvéite antérieure** (3) (œil rouge, BAV).

Question 4 : La radio pulmonaire que vous réalisez montre la présence d'adénopathies médiastinales bilatérales, une atteinte réticulo-micronodulaire bilatérale et symétrique prédominant dans les lobes supérieurs et un syndrome bronchique discret. Quelles sont les caractéristiques des ganglions médiastinaux qui vous conforteraient dans votre diagnostic ? (12)

- HILAIRES (3)
- SYMETRIQUES (3)
- BILATERAUX (3)
- NON COMPRESSIFS (3).

Question 5 : Quel examen complémentaire réalisez-vous en première intention à visée diagnostique ? qu'en attendez-vous ? (22)

FIBROSCOPIE BRONCHIQUE (5) AVEC **LAVAGE BRONCHO-ALVEOLAIRE** (5) (pour étude cytologique et étude bactériologique avec coloration de **Ziehl-Nielson et culture de Lowenstein** (2)) ET **BIOPSIES** (2) (pour examen histologique)

- La cytologie typique du LBA dans la sarcoïdose est :
  - Hypercytose
  - **Hyperlymphocytose** (2) (20 à 60 %) **prédominant à CD 4** (2) (augmentation du rapport CD4/CD8)
  - Recherche du BK négative
  - Absence de cellules malignes
- Les cultures **bactériologiques sont négatives** (2)
- L'histologie montre un **granulome tuberculoïde sans nécrose caséeuse** (2).

Question 6 : Quel est ici le stade radiologique ? Quel est le pourcentage de rémission spontanée à ce stade ? (6)

- **Stade 2** (3) : opacités réticulo-micronodulaires associées à des adénopathies hilaires bilatérales
- **Rémission spontanée :** 60 % (3).

Question 7 : Quel est votre traitement initial ? (9)

- Hospitalisation
- **CORTICOTHERAPIE (3)** per os en l'absence de contre-indication à 1 mg/kg/j le matin à jeun
- Mesures associées : régime désodé, pauvre en sucres d'absorption rapide, supplémentation en potassium, **PAS DE SUPPLEMENTATION EN VITAMINE D +++ (3)**
- **TRAITEMENT ANTI-PARASITAIRE** (3) (anguillulose) AVANT LA CORTICOTHERAPIE +++ (ex. : Zentel®)
- Surveillance clinique et para-clinique.

DOSSIER TRANSVERSAL 55

Vous voyez aux urgences pédiatriques la petite Virginia, 9 mois, pour une hyperthermie traînante depuis 5 jours avec une altération de l'état général et éruption cutanée.
Pas d'antécédent particulier chez cet enfant.
L'histoire de la maladie commence le 14 juin de cette année avec une fièvre isolée entre 38 et 38,5°C sans point d'appel clinique retrouvé. Virginia est alors traitée symptomatiquement.
Le 15 juin, les parents, inquiets de la persistance de la fièvre la ramène aux urgences pédiatriques ou l'examen clinique ne retrouve pas de foyer infectieux. Un ECBU de principe est réalisé est se révèle stérile. L'enfant retourne à domicile avec poursuite du traitement symptomatique.
Le 17 juin, l'enfant reste fébrile malgré le traitement antipyrétique bien conduit et il apparaît un rash scarlatiniforme. Les parents consultent leur médecin traitant et un traitement par Clamoxyl est débuté. Malgré le traitement, la petite Virginia ne s'améliore pas : elle reste fébrile en plateau à 38,5-39°C et il apparaît une altération de l'état général.
Le 20 juin, les parents se représentent à nouveau à l'accueil pédiatrique.
A l'examen d'entrée, l'enfant est fatiguée, les yeux sont creux. Température à 38,5°C sous antipyrétiques. On retrouve une hyperhémie conjonctivale associée à une conjonctivite bilatérale. Les lèvres sont œdèmatiées et fissurées.
Au niveau dermatologique, Virginia présente un éxanthème d'allure scarlatiniforme, des œdème indurés au niveau des pieds, des doigts inflammatoires douloureux à la palpation.

Le reste de l'examen clinique est sans particularité en dehors d'adénopathies cervicales supracentimétriques.
Vous réalisez un premier bilan biologique qui retrouve : GB = 18 000 ; plaquettes = 455 000 ; fibrinogène = 8,1 et CRP = 343.

Question 1 : Quel diagnostic suspectez-vous fortement ? Argumentez.
Question 2 : Quels sont les diagnostics différentiels ?
Question 3 : Quelles sont les autres atteintes cliniques possibles dans cette pathologie ?
Question 4 : Quel examen paraclinique fondamental faut-il réaliser en urgence ? Quel autre examen est à réaliser par ailleurs ?
Question 5 : Quelle est la principale complication de cette maladie ?
Question 6 : Quel est votre traitement ?
Question 7 : En quoi consiste la surveillance après guérison des symptômes initiaux ?

REPONSES DOSSIER SD DE KAWASAKI

Question 1 : Quel diagnostic suspectez-vous fortement ? Argumentez. **(28)**

- SYNDROME DE KAWASAKI **(10)** ou syndrome adénocutanéomuqueux
- Le diagnostic est porté s'il existe 5 des 6 critères suivants :

1-**Fièvre isolée supérieure à 5 jours (3)**, souvent mal tolérée
2-**Exanthème (3)** pouvant revêtir tous les aspects (scarlatiniforme ou morbilliforme)
3-**Enanthème (3)**, en particulier chéléite
4-**Hyperhémie conjonctivale** (3)
5-**Adénopathies (3)** supérieures à 1,5 cm de diamètre, parfois accompagnées de torticolis
6-Atteinte des extrémités : érythème **des paumes et des plantes (3)**, œdème induré et plus tardivement desquamation

- Ici, tous les critères sont présents.

Question 2 : Quels sont les diagnostics différentiels ? **(8)**

- **Scarlatine (2)**
- Syndrome de **choc toxique staphylococcique (2)**
- **Infection virale à EBV (2)**
- **Périartérite noueuse (2).**

Question 3 : Quelles sont les autres atteintes cliniques possibles dans cette pathologie ? **(16)**

- Atteinte **cardio-vasculaire (3)** : tachycardie, péricardite
- Atteinte **digestive (3)** : diarrhées, pancréatite, ictère
- **Méningite (2)**
- **Arthralgies (2)**
- **Myosite (2)**
- **Uréthrite (2)**
- **Iridocyclite (2).**

Question 4 : Quel examen paraclinique fondamental faut-il réaliser en urgence ? Quel autre examen est à réaliser par ailleurs ? (15)

- EN URGENCE, **ECHOGRAPHIE CARDIAQUE (10)** +++ à la recherche d'anévrysme des coronaires
- **Echographie abdominale** (5) à la recherche d'un hydrocholécyste inconstant mais très évocateur du diagnostic.

Question 5 : Quelle est la principale complication de cette maladie ? (10)

- **ANEVRISME DES CORONAIRES** (10).

Question 6 : Quel est votre traitement ? (12)

- HOSPITALISATION **EN URGENCE** (3) après **accord parental** (3)
- **IMMUNOGLOBULINES par IV** (3) : 1 g/kg/j 2 jours de suite
- **Acide acétyl-salicylique** (3) : 80 mg/kg/j puis diminution progressive en fonction du syndrome inflammatoire
- Traitement anti-agrégant plaquettaire au long cours en cas d'atteinte coronarienne.

Question 7 : En quoi consiste la surveillance après guérison des symptômes initiaux ? (11)

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE (6) TOUS **LES 6 MOIS** (5).

DOSSIER TRANSVERSAL 56

Au cours d'une nuit d'hiver, alors que vous êtes médecin généraliste de garde à votre domicile, on vous appelle pour Maxime, un enfant de 5 ans qui présente depuis une heure une hyperthermie à 39°C associée à des céphalées intenses ainsi que des « boutons » d'apparition brutale aux pieds.

A votre arrivée, température à 40,2°C. La tension est à 10/6. Vous retrouvez un syndrome méningé franc ainsi que les lésions cutanées des pieds (voir photo ci-dessous) qui, depuis l'appel téléphonique se sont étendues aux jambes.



Question 1 : Que vous évoquent les lésions cutanées ?

Question 2 : Quel diagnostic devez-vous redouter ? Argumentez.

Question 3 : Quelle attitude s'impose à domicile ?

Question 4 : L'enfant est transféré d'urgence à l'hôpital, où une ponction lombaire est réalisée d'emblée. Vous en obtenez rapidement les résultats :

LCR trouble ; éléments nucléés supérieurs à 10 000/mm^3 dont 80 % de PNN ; glycorachie inférieure à 0,3 g/l ; protéinorachie supérieure à 1 g/l ; l'examen direct est négatif. Qu'en concluez-vous ?

Question 5 : La culture du LCR permet de confirmer votre diagnostic. Quelles sont les conséquences de ce résultat sur votre antibiothérapie ?

Question 6 : Faut-il donner un traitement aux autres enfants de la classe de l'école maternelle de Maxime ?

Question 7 : Faut-il pratiquer une éviction scolaire de ces mêmes enfants ?

Question 8 : Faut-il désinfecter la classe de Maxime ?

Question 9 : Quelle autre mesure est nécessaire ?

REPONSES MENINGITE A MENINGOCOQUE PURPURA FULMINANS

Question 1 : Que vous évoquent les lésions cutanées ? (10)

- **PURPURA ECCHYMOTIQUE** (10) RAPIDEMENT EXTENSIF.

Question 2 : Quel diagnostic devez-vous redouter ? Argumentez. (16)

- **MENINGOCCEMIE FULMINANTE (ou PURPURA FULMINANS MENINGOCOCCIQUE)** (10)
- Arguments :
  - Saison hivernale
  - Début brutal
  - **Syndrome méningé franc** (2)
  - **Fièvre élevée** (2)
  - **Purpura ecchymotique extensif** (2).

Question 3 : Quelle attitude s'impose à domicile ? (9)

- **EN URGENCE +++ (3 PM2)**
- **INJECTION IV ou IM de CEFTRIAXONE (Rocephine®) (3 PM2)** 50 mg/kg ou à défaut d'AMOXICILLINE (Clamoxyl®) 25 mg/kg
- **TRANSPORT MEDICALISE** (3) TRES RAPIDE VERS L'HOPITAL LE PLUS PROCHE.

Question 4 : L'enfant est transféré d'urgence à l'hôpital, où une ponction lombaire est réalisée d'emblée. Vous en obtenez rapidement les résultats :
LCR trouble ; éléments nucléés supérieurs à 10 000/mm³ dont 80 % de PNN ; glycorachie inférieure à 0,3 g/l ; protéinorachie supérieure à 1 g/l ; l'examen direct est négatif. Qu'en concluez-vous ? (12)

- LCR **purulent** (3), **hypoglycorachique** (3), **hyperprotéinorachique** (3) avec examen direct négatif car méningocoque FRAGILE et méningite **DECAPITEE par l'antibiothérapie** (3) administrée en urgence à domicile.

Question 5 : La culture du LCR permet de confirmer votre diagnostic. Quelles sont les conséquences de ce résultat sur votre antibiothérapie ? (13)

- Traitement de la méningite :
  - **Ceftriaxone (Rocéphine®) 100 mg/kg/j en 2 perfusions IV**
    ou
  - **Amoxicilline (Clamoxyl®) 200 mg/kg/j en 4 perfusions IV** (5)
  - Pendant **7 jours** (5)
- **Suppression du portage pharyngé (3) :**
  - Inutile si traitement par ceftriaxone qui supprime le portage
  - Rifampicine (Rifadine®) 20 mg/kg/j en 2 prises pendant 2 jours si traitement par amoxicilline.

Question 6 : Faut-il donner un traitement aux autres enfants de la classe de l'école maternelle de Maxime ? (10)

- **OUI** (5) car SUJETS CONTACTS
- **ANTIBIOPROPHYLAXIE par RIFAMPICINE (Rifadine®)** (5) 20 mg/kg/j en 2 prises pendant 2 jours.

Question 7 : Faut-il pratiquer une éviction scolaire de ces mêmes enfants ? (10)

- NON (10)
- Pas d'éviction scolaire des sujets-contacts.

Question 8 : Faut-il désinfecter la classe de Maxime ? (10)

- NON (10)
- Car méningocoque très fragile, ne survit pas dans l'environnement.

Question 9 : Quelle autre mesure est nécessaire ? (10)

Déclaration obligatoire à la DDASS (10).

DOSSIER TRANSVERSAL 57

Un agriculteur de 55 ans, diabétique depuis 20 ans, de retour depuis 8 jours d'un voyage de 3 semaines en Thaïlande, présente une fièvre progressive à 39°C, accompagnée de sueurs, d'anorexie, d'une légère obnubilation et une diarrhée fécale.

A l'examen, vous retrouvez une hépatoslénomégalie modérée avec un météorisme abdominal. L'examen ORL retrouve 2 adénopathies cervicales et une amygdale ulcérée. Votre examen dermatologique révèle quelques taches rosées du tronc.

Le patient signale l'aggravation récente de lombalgies chroniques, qu'il rattache au long trajet. Vous retrouvez une rigidité lombaire et une plaie négligée d'un orteil, favorisée par la marche.

Le frottis et la goutte épaisse sont négatifs.

Question 1 : Quels arguments contenus dans l'énoncé sont en faveur d'une fièvre typhoïde ?

Question 2 : Quel autre signe clinique important doit-on rechercher ? (complications exclues). Quels examens biologiques permettront de confirmer le diagnostic ?

Question 3 : Citez les autres agents à l'origine d'une diarrhée fébrile avec douleurs abdominales ? La présence de douleurs articulaires oriente plutôt vers l'un d'entre eux : lequel ?

Question 4 : Quels arguments de l'énoncé auraient pu faire évoquer une amibiase colique ? Dans cette hypothèse, quelle complication aurait dû être évoquée ? Justifiez.

Question 5 : Dans le cadre des septicémies d'origine lymphatiques, quel autre diagnostic peut être évoqué ? Argumentez sur l'énoncé. Quels examens complémentaires seront utiles au diagnostic ?

Question 6 : On évoque également le diagnostic de septicémie à staphylocoque. Sur quels arguments contenus dans l'énoncé ?

Question 7 : Citez-en, les argumentant sur l'énoncé, deux maladies sexuellement transmissibles ayant pu être contractées à l'occasion de ce voyage touristique réputé « sexuel » ?

REPONSES DOSSIER TRANSVERSAL DIPHTERIE

Question 1 : Quels arguments contenus dans l'énoncé sont en faveur d'une fièvre typhoïde ? **(13)**

- **Retour d'un voyage en zone d'endémie** (2)
- **Fièvre progressive à 39°C** (2) avec sueurs
- Obnubilation = **tuphos** (2)
- **Troubles digestifs** : anorexie, météorisme abdominal, hépatosplénomégalie, **diarrhée fécale** (2)
- **Taches rosées lenticulaires** (2)
- Amygdale ulcérée = **angine de Duguet** (2).

Question 2 : Quel autre signe clinique important doit-on rechercher ? (complications exclues). Quels examens biologiques permettront de confirmer le diagnostic ? **(19)**

- **DISSOCIATION POULS/TEMPERATURE** (8)
- Examens biologiques :
  - NFS : **leuconeutropénie** (2)
  - VS : peu accélérée, **CRP : élevée** (2)
  - **Hémocultures** (2) (premier septénat) et **coprocultures** (2) (deuxième septénat) multiples
  - **Sérologie de Widal et Felix** (3).

Question 3 : Citez les autres agents à l'origine d'une diarrhée fébrile avec douleurs abdominales ? La présence de douleurs articulaires oriente plutôt vers l'un d'entre eux : lequel ? (18)

- **Salmonella** (2), **Shigella** (2), **Yersinia** (2), **Campylobacter** (2) jejuni, **Escherischia coli entéropathogène** (2)
- **Yersinia** (8) : responsable d'arthrites réactionnelles.

Question 4 : Quels arguments de l'énoncé auraient pu faire évoquer une amibiase colique ? Dans cette hypothèse, quelle complication aurait dû être évoquée ? Justifiez. (13)

- Amibiase colique peut être évoquée devant :
  - Retour d'une **zone d'endémie** (2)
  - **Diarrhée** (2)
- **AMIBIASE HEPATIQUE** (5) car amibiase colique **non fébrile** (2) et, de surcroît, il existe une **hépatomégalie** (2).

Question 5 : Dans le cadre des septicémies d'origine lymphatiques, quel autre diagnostic peut être évoqué ? Argumentez sur l'énoncé. Quels examens complémentaires seront utiles au diagnostic ? (22)

- **BRUCELLOSE** (4) aiguë compliquée de **spondylodiscite lombaire** (4) :
  - Terrain : **profession exposée** (2) (agriculteur)
  - **Fièvre progressive à 39°C** (2) avec sueurs = fièvre sudoro-algique
  - **Hépatosplénomégalie** (2) avec adénopathies
  - **Rigidité lombaire douloureuse** (2)
- Examens à réaliser :
  - NFS : leuconeutropénie, VS peu accélérée
  - Hémocultures multiples (avertir le labo)
  - **Sérologie : WRIGHT** (2) et immunofluorescence indirecte
  - **Radiographie du rachis lombaire** (2) : rechercher un pincement discal + une destruction osseuse
  - **Scintigraphie osseuse** (2) : à la recherche d'une hyperfixation lombaire.

Question 6 : On évoque également le diagnostic de septicémie à staphylocoque. Sur quels arguments contenus dans l'énoncé ? (6)

- Terrain : **diabétique** (2)
- Porte d'entrée : **plaie négligée du gros orteil** (2)
- Association d'une fièvre et d'un exanthème
- Localisation secondaire : **possible spondylodiscite** (2).

Question 7 : Citez-en, les argumentant sur l'énoncé, deux maladies sexuellement transmissibles ayant pu être contractées à l'occasion de ce voyage touristique réputé « sexuel » ? (10)

- **SYPHILIS primaire (5)**
  - Zone à risque
  - Incubation 3 semaines
  - Ulcération amygdalienne = chancre
- **PRIMO-INFECTION SYMPTOMATIQUE A VIH** (5) (vers J21) :
  - Zone à risque
  - Incubation 3 semaines
  - Syndrome fébrile
  - Polyadénopathie cervicale
  - Exanthème
  - Ulcération pharyngée

***N.B.** : pas l'hépatite B car délai d'incubation trop court.*

DOSSIER TRANSVERSAL 58

Un homme de 34 ans est amené aux urgences par le SAMU pour vomissements, douleurs abdominales aiguës et hypotension artérielle à 90/50. Il décrit une asthénie et un amaigrissement récent.

L'examen clinique retrouve une pigmentation cutanéo-muqueuse brune particulièrement visible au niveau des plis (voir photo ci-dessous). L'abdomen est sensible mais souple, sans défense ni contracture. La radiographie thoracique est normale et l'ASP ne retrouve que des calcifications en regard de l'aire surrénalienne.

Le bilan biologique retrouve :

Na = 125 mM ; K = 4 mM ; Cl = 82 mM ; glycémie = 3 mM ; urée = 15 mM ; créatinine = 132 mM.



Question 1 : Quel est votre diagnostic dermatologique ?

Question 2 : Devant ce tableau clinico-biologique, quel est votre diagnostic ? Argumentez.

Question 3 : Comment expliquez-vous que la kaliémie soit normale au vu de ce diagnostic ?

Question 4 : Quelle hormonothérapie instituez-vous dans les premières 24 heures ?

Question 5 : Quelles sont les modalités de la réhydratation et de la rééquilibration hydro-électrolytique dans les premières 24 heures ?

Question 6 : Précisez votre prise en charge une fois l'épisode aigu résolu.

Question 7 : Quel est le mécanisme de la pigmentation dans cette pathologie ?

REPONSES DOSSIER INSUFFISANCE SURRENALE

Question 1 : Quel est votre diagnostic dermatologique ? (10)

- MELANODERMIE **(10)**

Question 2 : Devant ce tableau clinico-biologique, quel est votre diagnostic ? Argumentez. **(28)**

- **INSUFFISANCE SURRENALE AIGUE** (4) révélant une **insuffisance surrénale lente** (4) sur **TUBERCULOSE SURRENALIENNE** (4) :
  - En faveur de l'insuffisance surrénalienne aiguë :
    - → **Hypotension artérielle** (2)
    - → Asthénie, vomissements, **douleurs abdominales** (2)
    - → Biologie : **hyponatrémie** (2), **kaliémie normale à cause des vomissements** (2) équivalent à une hyperkaliémie, **insuffisance rénale fonctionnelle** (2)
  - En faveur de l'insuffisance surrénale lente
    - → **Mélanodermie** (4)
  - En faveur de la tuberculose surrénalienne :
    - → ASP : **calcifications surrénaliennes** (2).

Question 3 : Comment expliquez-vous que la kaliémie soit normale au vu de ce diagnostic ? **(8)**

- A cause des VOMISSEMENTS **(8)**.

Question 4 : Quelle hormonothérapie instituez-vous dans les premières 24 heures ? **(8)**

- Glucocorticoïde naturel
  HEMISUCCINATE D'HYDROCORTISONE (4)
  400 mg/24 h en perfusion intraveineuse continue
- Minéralocorticoïde
  ACETATE DE DESOXYCORTICOSTERONE **(4)** (Syncortyl®) 5 mg/12 h en injection intra-musculaire.

Question 5 : Quelles sont les modalités de la réhydratation et de la rééquilibration hydro-électrolytique dans les premières 24 heures ? **(12)**

- Réhydratation et rééquilibration hydroélectrolytique par voie intraveineuse
- Apport de glucose : **G 5 % : 4 l/24 h** (4)
- **Apport de sodium : NaCl : 12 à 24 g/24 h** (4)
- **Pas d'apport de potassium au début** (4)
- Adapter à l'évolution clinique (pouls, TA, diurèse) et biologique (natrémie, kaliémie, glycémie).

Question 6 : Précisez votre prise en charge une fois l'épisode aigu résolu. (29)

- HORMONOTHERAPIE SUBSTITUTIVE **A VIE** (3 **PM2**) :
  - Glucocorticoïde naturel **HYDROCORTISONE 30** (4) mg/j en 2 prises (20 mg le matin et 10 mg à 16 h)
  - Minéralocorticoïde 9α **FLUOROCORTISONE** (4) (Fludrocortisone®) 50 mg/j en 1 prise le matin
- Doses à adapter en fonction de la clinique (poids, TA, diurèse, état général)
- **TRAITEMENT ETIOLOGIQUE** +++ (3)
- **EDUCATION** +++ (3) du patient
  - REGIME **NORMOSODE** +++ (**3PM2**) (si oubli = 0)
  - Eviter les diurétiques, les laxatifs
  - **Connaître les signes précoces de l'insuffisance surrénalienne aiguë** (2) (par le patient et son entourage)
  - Toujours avoir de **l'hydrocortisone injectable à domicile** (2) (au frigo)
  - **Doubler les doses de l'hormonothérapie** (2) en cas de chaleur, traumatisme, stress, chirurgie (prévenir le chirurgien)
  - **Port de carte d'addisonien** (3) (avec le nom et les coordonnées du médecin traitant et du centre référent, indication de la pathologie et du traitement suivi (doses++)).

Question 7 : Quel est le mécanisme de la pigmentation dans cette pathologie ? (5)

L'ACTH provient d'un précurseur la pro opiomélanocortine qui donne aussi naissance à 2 autres hormones : LPH et MSH qui est pigmentogène. Au cours de l'insuffisance surrénalienne périphérique, il y a **élévation de la pro opiomélanocortine donc de la MSH** (5).

DOSSIER TRANSVERSAL 59

Une jeune femme de 26 ans vient vous consulter car depuis 4 mois, elle a vu apparaître des arthralgies affectant surtout les poignets, les petites articulations des doigts et parfois des genoux. Depuis 3 jours, elle présente des douleurs thoraciques rétrosternales sans irradiation, continues, exagérées par la respiration profonde. La température est à 38,5°C.
La patiente vous raconte par ailleurs avoir déjà présenté des douleurs des extrémités digitales des 2 mains, se manifestant surtout au froid, avec des doigts devenant blancs à l'acmé des crises.
De plus, elle a perdu 4 kg en 5 mois et présente une éruption érythémateuse du visage et du décolleté après exposition solaire soutenue l'été précédent (voir photo ci-dessous).
La malade est nullipare et prend depuis 2 ans une pilule œstroprogestative mini dosée.
Les examens complémentaires donnent les résultats suivants :
Hb = 12,8 g/dl ; VS = 55 mm ; GB = 3 500 (20 % de lymphocytes) ; protéinurie = 3 g/24 heures.



Question 1 : Décrivez les lésions cutanées.
Question 2 : Quelle affection évoque la symptomatologie thoracique ?
Question 3 : Comment s'appelle le syndrome responsable de la symptomatologie digitale ? Comment pouvez-vous le traiter ? (indépendamment de la maladie de fond).
Question 4 : Quel est le diagnostic global le plus probable ? Sur quels arguments cliniques et biologiques ?
Question 5 : Quels examens immunologiques prescrivez-vous pour confirmer votre hypothèse ?
Question 6 : Une ponction biopsie rénale (PBR) vous paraît-elle nécessaire ? Au cas où vous prescririez une PBR, que signifierait une classe V dans la classification de l'OMS ?
Question 7 : Vous constatez les sérologies suivantes : VDRL + ; TPHA-. Quel syndrome évoque ce résultat ? Par quels autres examens biologiques pouvez-vous le confirmer ?
Question 8 : Que décidez-vous vis-à-vis de la contraception, cette jeune femme ne désirant pas d'enfant pour l'instant.
Question 9 : Au décours de la poussée, il persiste un taux très bas de C4 alors que le C3 et le CH50 sont normaux. Comment l'expliquez-vous ?

REPONSES DOSSIER TRANSVERSAL LUPUS

Question 1 : Décrivez les lésions cutanées. **(10)**

- Lésions érythémateuses, œdémateuses, à contours nets, des régions malaires réalisant un **aspect de VESPERTILIO** (10).

Question 2 : Quelle affection évoque la symptomatologie thoracique ? **(10)**

- **PERICARDITE AIGUE** (5) **LUPIQUE** (5).

Question 3 : Comment s'appelle le syndrome responsable de la symptomatologie digitale ? Comment pouvez-vous le traiter ? (indépendamment de la maladie de fond). **(15)**

- **Syndrome de RAYNAUD** (10)
- Traitement par **INHIBITEURS CALCIQUES** (5).

Question 4 : Quel est le diagnostic global le plus probable ? Sur quels arguments cliniques et biologiques ? (24)

- **LUPUS ERYTHEMATEUX AIGU DISSEMINE** (10)
- Arguments cliniques :
  - Terrain : **femme** (2) de 26 ans
  - Signes généraux : amaigrissement
  - Atteinte dermatologique : **photosensibilité** (2), **érythème en vespertitio** (2)
  - Atteinte rhumatologique : **polyarthrite aiguë bilatérale** (2)
  - Atteinte cardiaque : probable **péricardite** (2)
  - Syndrome de **Raynaud** (2)
- Argument biologique : **protéinurie** (2) en faveur d'une atteinte rénale.

Question 5 : Quels examens immunologiques prescrivez-vous pour confirmer votre hypothèse ? (6)

- FACTEURS **ANTI-NUCLEAIRES** (2)
- ANTICORPS **ANTI ANTIGENES NUCLEAIRES SOLUBLES** (2) (Anti-Sm)
- ANTICORPS **ANTI-ADN NATIF** (2).

Question 6 : Une ponction biopsie rénale (PBR) vous paraît-elle nécessaire ? Au cas où vous prescririez une PBR, que signifierait une classe V dans la classification de l'OMS ? (5)

- **OUI** (2), la PBR est INDISPENSABLE car il existe une PROTEINURIE +++
- La classe V correspond à la **GLOMERULONEPHRITE EXTRA-MEMBRANEUSE** (3), DE BON PRONOSTIC +++

Question 7 : Vous constatez les sérologies suivantes : VDRL + ; TPHA-. Quel syndrome évoque ce résultat ? Par quels autres examens biologiques pouvez-vous le confirmer ? (10)

- La sérologie syphilitique dissociée évoque un **SYNDROME DES ANTIPHOSPHOLIPIDES** (4)
- Examens biologiques de confirmation
  - Recherche d'**ANTICOAGULANT CIRCULANT** (3) (allongement du TCA non corrigé par plasma témoin)
  - Recherche d'**ANTICORPS ANTI-CARDIOLIPINES** (3).

Question 8 : Que décidez-vous vis-à-vis de la contraception, cette jeune femme ne désirant pas d'enfant pour l'instant. (10)

- ARRET des œstroprogestatifs (5)
- Contraception par PROGESTATIFS (5).

Question 9 : Au décours de la poussée, il persiste un taux très bas de C4 alors que le C3 et le CH50 sont normaux. Comment l'expliquez-vous ? **(10)**

DEFICIT GENETIQUE EN C4 **(10)**.

DOSSIER TRANSVERSAL 60

Vous êtes médecin traitant de la famille M. que vous connaissez depuis longtemps. Vous avez suivi depuis sa naissance la jeune Stéphanie M., très régulièrement jusqu'à l'âge de 25 ans.

Elle vous consulte ce jour pour des « problèmes de poids », des vergetures très « disgracieuses » selon elle et une fatigue chronique.

Vous ne l'aviez pas revue depuis 7 ans. Jusque-là, elle n'avait présenté aucun problème particulier de santé. Elle est très ennuyée par ses vergetures et vous demande un traitement car elle a déjà essayé » toutes les crèmes qui existent sur terre ».

A l'examen clinique, il existe une surcharge pondérale modérée (68 kilos pour 1, 61 m). Le visage est empaté et érythrosique. Vous notez la présence de vergetures pourpres sur la paroi latérale de l'abdomen.

Par ailleurs, vous constatez une amyotrophie des cuisses avec un signe du tabouret, une peau fragile avec de nombreuses ecchymoses. La tension artérielle est à 180/100.

Vous retrouvez à l'interrogatoire une irrégularité menstruelle.

Question 1 : Quel est votre hypothèse diagnostique ? Argumentez.

Question 2 : Quelles sont les perturbations biologiques rencontrées dans cette pathologie ?

Question 3 : Quels sont les principaux examens biologiques utiles à la confirmation du diagnostic ? Précisez les résultats que vous en attendez.

Question 4 : Si votre diagnostique est retenu, quelle exploration biologique faut-il demander pour orienter un diagnostic étiologique ?

Question 5 : Quels examens paracliniques vous permettent de reconnaître un adénome hypophysaire ?

REPONSES DOSSIER TRANSVERSAL SYNDROME DE CUSHING

Question 1 : Quel est votre hypothèse diagnostique ? Argumentez. **(10)**

- SYNDROME DE CUSHING **(9)**
- Arguments :
  - **Surcharge pondérale touchant la face (2)**
  - **HTA (2)**
  - Asthénie
  - **Amyotrophie proximale (2)**
  - Troubles cutanés : **vergétures pourpres (2)**, ecchymoses
  - Dysménorrhée **(2)**

Question 2 : Quelles sont les perturbations biologiques rencontrées dans cette pathologie ? **(15)**

- **Hyperglycémie (3)**
- **Hypokaliémie (3)**, alcalose
- **Polyglobulie (3), hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles (3), éosinopénie,** lymphopénie **(3)**

Question 3 : Quels sont les principaux examens biologiques utiles à la confirmation du diagnostic ? Précisez les résultats que vous en attendez. **(27)**

- **CYCLE DU CORTISOL (5)** (dosages à 8h, 20h et minuit) : augmentation du cortisol avec **PERTE DU CYCLE NYCTHEMERAL (4)**
- **CORTISOL LIBRE URINAIRE DES 24 HEURES (5)** + CREATINEMIE DES 24 HEURES (afin de s'assurer du recueil urinaire correct) : **augmenté (4)**
- **TEST RAPIDE A LA DEXAMETHASONE (5)** (1 mg de Déxaméthasone per os à 24 h et cortisolémie à 8 h) : **ABSENCE DE FREINATION DU CORTISOL (4)**

Question 4 : Si votre diagnostique est retenu, quelle exploration biologique faut-il demander pour orienter un diagnostic étiologique ? (20)

- **DOSAGE DE L'ACTH PLASMATIQUE (20)**

Question 5 : Quels examens paracliniques vous permettent de reconnaître un adénome hypophysaire ? (19)

- Ce sont les TESTS DYNAMIQUES +++
  - Test de **freinage fort : positif** (3)
  - Test au **CRH : positif** (3)
  - Test à la **Métopyrone : positif, explosif** (3)
- **IRM HYPOPHYSAIRE (5)** avec injection de Gadolinium (micro ou macro-adénome hypophysaire, bilan d'expansions extrasellaires). 50 % des IRM sont normales.
- Si IRM normale (50 % des cas) **CATHETERISME DES SINUS PETREUX (5)** couplé à l'injection de CRH avec mesure de l'ACTH dans les sinus pétreux et en périphérie, si syndrome de Cushing : gradient entre les sinus pétreux et la périphérie ; si pas de gradient = syndrome paranéoplasique avec sécrétion ectopique d'ACTH.